

Université de Sherbrooke

Perception de l'environnement d'apprentissage clinique et pouvoir chez les étudiantes
infirmières québécoises

Par

Katy Godbout

Programme de Sciences cliniques
Faculté de médecine et des sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
En vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc)
En sciences cliniques
(option sciences infirmières)

Septembre 2006



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 978-0-494-31395-4

Our file Notre référence

ISBN: 978-0-494-31395-4

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Table des matières

Table des matières	i
Liste des tableaux	v
Résumé	vi
Remerciements	viii
Chapitre 1 : Problématique	1
1 Description de la problématique	1
2 Buts de l'étude et questions de recherche	4
Chapitre 2 : Recension des écrits	5
1 Environnement d'apprentissage clinique	5
1.1 Définitions et caractéristiques de l'environnement d'apprentissage clinique	5
1.2 Environnement d'apprentissage clinique dans les collèges du Québec	8
1.3 L'apprentissage dans l'environnement clinique	9
1.3.1 Définitions et caractéristiques	9
1.3.2 Méthodes d'apprentissage clinique	10
1.4 Études empiriques sur l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières	11
1.4.1 Clinical Learning Environment Scale (CLES)	13
1.4.2 Student Evaluation of Clinical Education Environment (SECEE)	14
2 Le pouvoir	17
2.1 Définitions et caractéristiques du pouvoir	17
2.2 Pouvoir des étudiantes infirmières	20
3 Cadre de références	24
Chapitre 3 : Méthodologie	27
1 Dispositif	27
2 Opérationnalisation des concepts & Instruments de mesure	28
3 Méthode de Brislin	29
4 Méthode de Delphi	30

4.1	Échantillon	31
4.1.1	Critères d'inclusion des participants	32
4.2	Découlement	33
5	Enquête	34
5.1	Échantillon	35
5.1.1	Critères d'inclusion des participants	35
5.2	Déroulement	35
5.3	Analyse des résultats	35
6	Considérations éthiques	38
7	Forces & limites de cette étude	39
Chapitre 4 :	Résultats	40
1	Validité de contenu	40
1.1	Profil des répondants	41
1.2	Évaluation du SECEE	42
1.2.1	Évaluation 1	42
1.2.2	Évaluation 2	45
1.2.3	Comité d'experts	45
1.3	Évaluation du PKPCT	46
1.3.1	Évaluation 1	46
1.3.2	Évaluation 2	46
1.3.3	Comité d'experts	48
1.4	Conclusion sur la validité de contenu des questionnaires	48
2	Enquête : Taux de réponse des étudiantes infirmières	48
3	Qualités psychométriques	50
3.1	Validité de construit	50
3.1.1	SECEE	50
3.1.2	PKPCT	54
3.1.3	Conclusion analyse factorielle	57
3.2	Consistance interne	58
3.2.1	SECEE	58
3.2.2	PKPCT	59
3.3	Validité discriminante	60
3.3.1	Équivalence des groupes formant l'échantillon	60

	3.3.2 Comparaison de moyennes	62
4	Pouvoir et perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique	64
4.1	Perception de l'environnement d'apprentissage clinique	64
4.2	Pouvoir	65
4.3	Conclusion sur la perception des étudiantes infirmières québécoises et sur leur pouvoir	68
4.4	Relation entre le pouvoir et la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique	68
4.5	Conclusion sur la relation entre la perception des étudiantes infirmières québécoises et leur pouvoir	69
Chapitre 5 :	Discussion des résultats et recommandations	70
1	Qualité psychométriques des instruments : SECEE et PKPCT	70
1.1	Validité de contenu	71
1.2	Autres qualités psychométriques	73
	1.2.1 SECEE	73
	1.2.2 PKPCT	79
2	Taux de réponse des étudiantes infirmières québécoises	84
3	Relation entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et le pouvoir des étudiantes infirmières québécoises	85
4	Apports de cette étude	86
5	Forces et limites	88
6	Avenues de recherche et recommandations	89
Références		91
	Annexes	
1	Versions originales des instruments de mesure	100
2	Versions traduites et adaptées des instruments de mesure	105
3	Versions retro-traduites des instruments de mesure	113
4	Versions des instruments de mesure présentées lors de la première évaluation (validité de contenu)	126

5	Versions des instruments de mesure présentées lors de la deuxième évaluation ainsi que lors du comité d'experts (validité de contenu)	143
6	Versions finales des instruments de mesure utilisés lors de l'enquête	150
7	Lettre de présentation : Validité de contenu, première évaluation	157
8	Lettre de présentation : Validité de contenu, deuxième évaluation	160
9	Lettre de présentation utilisée lors de l'enquête	162
10	Autorisation d'utilisation des questionnaires par les auteurs	164
11	Méthode de Delphi : Commentaires des experts concernant les énoncés du SECEE	169
12	SECEE : Analyse factorielle	174
13	PKPCT : Analyse factorielle	180

Liste des tableaux

#	TITRE DU TABLEAU	PAGE
1	Temps de la recherche, concepts et approches méthodologiques	28
2	Participation à la méthode de Delphi	42
3	SECEE : Énoncés soumis à une 2 ^e évaluation	44
4	PKPCT : Adjectifs soumis à une deuxième évaluation	47
5	Enquête : Désir de participation	49
6	SECEE : Analyse factorielle	51
7	SECEE : Variance expliquée après contrainte de 4 facteurs	52
8	SECEE : Corrélation entre les dimensions théoriques et les facteurs extraits	53
9	PKPCT : Analyse factorielle	55
10	PKPCT : Variance expliquées après contrainte de 4 facteurs	56
11	PKPCT : Corrélation entre les dimensions théoriques et les facteurs extraits	57
12	SECEE : Alpha de Cronbach	59
13	PKPCT : Alpha de Cronbach	60
14	SECEE : Homogénéité des variances selon les établissements	61
15	PKPCT : Homogénéité des variances selon les établissements	61
16	SECEE : ANOVA	63
17	PKPCT : ANOVA	63
18	Perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers québécoises de leur environnement d'apprentissage clinique	65
19	Pouvoir chez les étudiantes infirmières québécoises	67
20	Relation entre le pouvoir et la perception de l'environnement d'apprentissage clinique par la corrélation de Pearson	69

Résumé

Cette étude avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'une étude portant sur une possible relation entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et le pouvoir des étudiantes infirmières québécoises. Pour ce faire, un processus de traduction, d'adaptation et de validation de deux instruments de mesure a été nécessaire dont l'un, le SECEE, mesure la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et l'autre, le PKPCT, mesure le pouvoir des étudiantes infirmières. L'étude de faisabilité poursuivait à travers son processus de validation des questionnaires d'autres objectifs soit l'évaluation du taux de réponse des étudiantes infirmières québécoises à ces questionnaires, l'évaluation des qualités psychométriques des deux questionnaires ainsi que, de façon exploratoire, l'évaluation d'une possible relation entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et le pouvoir.

La formation collégiale des infirmières québécoises est particulière dans la mesure où on ne retrouve aucune structure pédagogique comparable dans d'autres provinces ou pays. Ainsi, aucun questionnaire de langue française, adapté à la réalité québécoise et mesurant la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières n'a été recensé.

Le pouvoir est un élément utile à l'apprentissage et semble, selon certains auteurs, étroitement lié à l'environnement. Alors que Griggs (1984) et Smith (1988) affirment que le pouvoir est un outil qui permet de changer son environnement Pearson (1998), quant à lui, affirme que l'environnement influence le pouvoir des individus. Afin d'examiner cette relation théorique entre les concepts de perception de l'environnement d'apprentissage clinique et de pouvoir, un instrument mesurant le pouvoir traduit en langue française et adapté à la réalité québécoise est nécessaire. Aucune version francophone du questionnaire PKPCT et adaptée à la réalité francophone n'a été recensée.

La traduction, l'adaptation et la validation des questionnaires SECEE et PKPCT se sont déroulées en trois étapes : 1) traduction des questionnaires par la méthode de Brislin ; 2) consultation d'experts par la méthode de Delphi ; 3) enquête pour mesurer les qualités

psychométriques des instruments et évaluer la relation entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et le pouvoir.

L'enquête s'est déroulée auprès de 95 étudiantes en soins infirmiers québécoises étudiant dans trois établissements d'enseignement collégial de la Montérégie. Les qualités psychométriques évaluées étaient la validité de construit, la consistance interne et la validité discriminante. Les instruments traduits et adaptés se sont comportés de façon similaire aux questionnaires originaux démontrant ainsi des qualités psychométriques acceptables.

Comme il s'agit d'une première validation de ces instruments dans la langue française et dans la réalité québécoise, des études ultérieures seront nécessaires pour continuer l'évaluation des qualités psychométriques des deux instruments telles que la stabilité et ce, à plus grande échelle.

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement les membres de ma famille qui ont su au cours des dernières années m'apporter le soutien et les encouragements sans lesquels je n'aurais pu mener à terme ce projet.

Ces quelques mots sont insuffisants pour exprimer la profonde admiration que j'éprouve envers une de mes directrices de mémoire, Cécile Michaud, qui non seulement m'a offert un soutien académique considérable au cours de ce projet, mais qui m'a aussi appris la plus importante leçon à savoir que même en recherche, la raison d'être de toute infirmière est le patient... Ce respect profond, qu'elle manifeste à l'égard de tous les patients, a su faire naître en moi le désir de développer les meilleures pratiques en sciences infirmières et de les offrir à ceux et celles qui vivent l'expérience de la maladie...

Je tiens aussi à remercier mon autre directrice de mémoire, Cécile Lambert, qui m'a guidé à travers le parcours administratif de ce projet. Son esprit critique ainsi que ses nombreuses connaissances ont suscité chez moi de nombreuses réflexions qui ont contribué grandement à la qualité de ce mémoire.

Un merci tout particulier s'impose à Jacques Lemaire, professeur de biostatistique, qui sans être mon directeur de mémoire s'est impliqué grandement lors de la réalisation de mon mémoire.

Je ne peux oublier mes amis qui m'ont accompagné tout au cours de mes études et ce, malgré mes nombreuses absences. Mille mercis !

Finalement, je tiens à remercier tous les professeurs de l'Université de Sherbrooke qui ont contribué grandement au développement de mes connaissances.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1. DESCRIPTION DU PROBLÈME À L'ÉTUDE

La majorité des infirmières québécoises sont formées au niveau collégial dans le cadre d'un programme de trois ans. Lors de cette formation, les étudiantes suivent un parcours pédagogique qui leur permet d'acquérir plusieurs compétences, grâce à des cours, à des laboratoires et à des stages (Comité des spécialistes, 2000).

Les stages constituent une composante importante du programme de formation des étudiantes infirmières. En fait, c'est au cours des stages que se déroule une partie importante de l'apprentissage clinique. L'apprentissage clinique est un processus au cours duquel les étudiantes développent leur capacité à utiliser leur savoir théorique et technique, et à l'intégrer afin de gérer des situations de soins véritables (Greeno, Collins et Resnic, 1996). Les stages permettent de combiner différents types d'habiletés (cognitives, psychomotrices et affectives) et d'appliquer différents types de savoirs acquis en formation théorique à l'intérieur de situations cliniques réelles (Chan, 2002). Pour mieux comprendre l'apprentissage clinique, des auteurs américains, australiens et chinois (Chan, 2002; Dickerson, 2000; Dunn et Hansford, 1997; Hansten et Washburn, 2000; Hart, 2000) se sont penchés sur les facteurs qui l'influencent : les contenus des programmes de formation, la qualité de la communication entre l'enseignante et les étudiantes, le soutien à l'apprentissage, les relations avec le personnel de l'unité, les relations avec les étudiantes de d'autres disciplines de la santé et les stratégies pédagogiques utilisées par les responsables de la formation en soins infirmiers. Parmi les facteurs expliquant l'apprentissage clinique des étudiantes infirmières, l'environnement et ses composantes semblent déterminants (Chan, 2002; Dunn et Burnett, 1995 ; Dunn et Hansford, 1997; Sand-Jecklin, 2000). Selon Dunn et Burnett (1995) et Sand-Jecklin (2000), l'environnement d'apprentissage clinique est constitué de l'ensemble des conditions et des forces qui influencent l'apprentissage.

Les étudiantes infirmières perçoivent l'environnement d'apprentissage comme l'élément le plus important pour le développement des savoirs et des habiletés liés aux soins infirmiers (Hart et Rotem, 1994). Malheureusement, elles le considèrent aussi comme une source importante de stress (Hart et Rotem, 1994). Les étudiantes infirmières disent se sentir fréquemment vulnérables dans l'environnement clinique (Campbell, Larrivee, Field, Day et Reutter, 1994). Deux raisons sont associées à ce sentiment, soit le fait d'apprendre à dispenser des soins auprès de véritables patients et la crainte de la réaction du personnel infirmier quant à leur travail et à leurs efforts.

Des problèmes récurrents liés à l'environnement semblent influencer particulièrement les étudiantes infirmières et leur apprentissage (Dunn et Burnett, 1995). Melia (1987) rapporte que le rôle des étudiantes est parfois peu compris par le personnel soignant. En effet, le personnel infirmier a malheureusement trop tendance à considérer les étudiantes infirmières comme des travailleuses supplémentaires plutôt que comme des apprenantes (Fretwell, 1980). Ainsi, les étudiantes ont l'impression que leur environnement d'apprentissage clinique répond davantage aux demandes du personnel infirmier qu'à leurs besoins d'apprentissage (Hart et Rotem, 1994). De plus, les étudiantes infirmières vivent des périodes intenses de surcharge de travail, des problèmes d'horaire, des difficultés à faire des liens entre l'enseignement théorique et l'enseignement clinique. Elles doivent aussi s'adapter à de nouvelles structures et stratégies pédagogiques (Chan, 2002).

Bien qu'une relation entre l'environnement d'apprentissage et l'apprentissage a déjà été établie (Hart et Rotem, 1994), force est de constater que ses composantes ont été insuffisamment étudiées, identifiées et définies. L'environnement d'apprentissage a souvent été étudié selon la perspective des enseignantes (Chan, 2002; Dunn et Burnett, 1995 ; Reed et Price, 1991; Sand-Jecklin, 2000). Or, plusieurs études menées en Australie, à Hong Kong et dans le Sud des États-Unis (Chan, 2002 ; Dunn et Burnett, 1995 ; Peirce, 1991 ; Sand-Jecklin, 2000) démontrent que la perception des étudiantes de leur environnement clinique

d'apprentissage s'avère déterminante pour l'apprentissage. En effet, la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique influence la façon avec laquelle les étudiantes abordent leurs rôles professionnels et les obligations qui leur sont associées (Marshall, 1990). Par ailleurs, les étudiantes qui perçoivent leur environnement d'une façon plus positive présentent un niveau de pouvoir plus élevé (Hobbs, 1991).

Le pouvoir est le processus par lequel un individu devient conscient de ses choix, de la possibilité d'agir librement face à ces choix de façon à créer le changement (Barrett, 1988). Selon Gibson (1991), le pouvoir réfère à un processus dynamique dans lequel les individus développent leur conscience critique (compréhension du mécanisme de cause à effet) à l'égard de leur réalité et, conséquemment, leur capacité d'agir sur ce qui est perçu par cette conscience. Le pouvoir est un élément utile tant à la pratique des soins infirmiers qu'à leur apprentissage. Selon Smith (1988), le pouvoir est un outil qui permet de changer son environnement. Pearson (1998), pour sa part, affirme que l'environnement est un des éléments influençant le développement du pouvoir. Ainsi, la nature du lien entre le pouvoir et la perception de l'environnement des étudiantes infirmières n'a été traitée que dans le cadre d'une seule étude (Hobbs, 1991) et ce, de façon qualitative.

Les étudiantes infirmières doivent être bien préparées à intégrer une importante quantité de connaissances et de nombreuses compétences cliniques afin de prodiguer des soins de qualité aux patients (Benner, 1984; Tanner et Linderman, 1987). Considérant l'importance accordée par les étudiantes infirmières à l'environnement d'apprentissage clinique, il importe que ce dernier possède les caractéristiques qui le rendent favorable à l'apprentissage (Chan, 2002; Dunn et Burnett, 1995 ; Sand-Jecklin, 2000) et au développement du pouvoir (Hobbs, 1991). À ce titre, les responsables de l'enseignement et les gestionnaire de milieux de soins peuvent influencer l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières et ainsi, améliorer leur expérience d'apprentissage (Cross et Fallon, 1985; Hart et Rotem, 1994).

Par ailleurs, la formation des infirmières québécoises est particulière dans la mesure où la plupart des infirmières reçoivent leur formation initiale dans des Collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEPS), institutions d'enseignement qui n'existent qu'au Québec. De plus, en dépit des pistes offertes dans les écrits, aucune étude, à notre connaissance, n'a décrit la perception que les étudiantes infirmières possèdent de leur environnement clinique d'apprentissage au Québec, ni le pouvoir des étudiantes infirmières québécoises. Enfin, les instruments utilisés pour mesurer ces concepts, soit l'environnement (Student Evaluation of Clinical Education Environment : Sand-Jenkin (2000)) et le pouvoir (Power Knowing Participation in Change Tool : Barrett (1989)) n'existent qu'en anglais et ont été développés pour des contextes fort différents du milieu québécois.

Une étude de faisabilité est donc nécessaire pour être en mesure d'éventuellement identifier les éléments de l'environnement clinique d'apprentissage des étudiantes infirmières québécoises qui interviennent sur le pouvoir des infirmières.

2. BUT DE L'ÉTUDE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Le but de cette étude consiste à évaluer la faisabilité d'une étude portant sur la relation entre la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement clinique d'apprentissage et leur sentiment de pouvoir.

Les questions spécifiques de recherche sont :

- Quelles sont les qualités psychométriques des instruments de mesure traduits et adaptés pour la population des étudiantes infirmières québécoises ?
- Quel est le taux de réponse possible à ces questionnaires ?
- De façon exploratoire, existe-t-il une relation entre la perception de l'environnement clinique d'apprentissage et le sentiment de pouvoir des étudiantes infirmières québécoises ?

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits qui fait l'objet de ce présent chapitre portera sur l'état des connaissances actuelles des deux concepts centraux de cette étude : l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières et le concept de pouvoir considéré comme un processus par lequel un individu devient conscient de ses choix et de la possibilité d'agir librement face à ces choix, de façon à créer le changement (Barrett, 1988).

1. L'ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE CLINIQUE

La formation des étudiantes en soins infirmiers se déroule dans différents environnements cliniques. Dans la prochaine section, le concept d'environnement d'apprentissage sera défini, dans un premier temps, de façon générale et, dans un second temps, dans le contexte québécois. Quelques études portant sur l'environnement d'apprentissage clinique évalué à partir de la perception des étudiantes infirmières seront présentées.

1.1 Définitions et caractéristiques de l'environnement d'apprentissage clinique

L'environnement d'apprentissage clinique permet aux étudiantes infirmières de développer leurs attitudes, compétences, habiletés de communication interpersonnelle et leur capacité à résoudre des problèmes (Chan, 2002; Dunn et Hansford, 1997). Il est décrit comme un réseau interactif de forces qui influencent les résultats d'apprentissage clinique des étudiantes (Chan, 2002; Dunn et Burnett, 1995). Alors que pour Chan (2002) les forces composant l'environnement d'apprentissage clinique sont influencées principalement par la structure, Dunn et Burnett (1995) adoptent une vision plus large selon laquelle le réseau de forces est le produit des structures, de l'organisation et, pour finir, des attitudes des

principaux acteurs. Toutefois, tant Chan (2002), Dunn et Burnett (1995) que Moos (1968) précisent que, malgré le fait qu'un groupe d'étudiantes soit soumis aux mêmes forces, les résultats d'apprentissage peuvent varier selon les individus.

L'étude de l'environnement à titre de prédicteur du comportement humain se fait ressentir davantage au début des années 1960 grâce aux travaux effectués par Moos (1968). Avant cette époque, quelques auteurs tels que Lewin et Murray (cités dans Moos, 1968) s'intéressent à l'environnement, détournant ainsi leur attention des caractéristiques de la personne. La notion de climat social, développée par Moos (1968), permet l'émergence de l'hypothèse suivante : les différences de comportements entre les êtres humains s'expliquent par la personne, l'organisation et l'interaction entre la personne et l'organisation. Moos (1968) vérifie cette hypothèse auprès de résidents et d'employés œuvrant dans une prison. Au cours de son étude, il tente d'expliquer certains comportements, tels que les problèmes de personnalité, par l'influence de l'environnement carcéral plutôt que par les caractéristiques personnelles.

Cette étude permet de mettre en évidence l'influence de certaines caractéristiques de l'environnement sur les comportements humains et constitue une première étude psychométrique pour évaluer les qualités de l'échelle utilisée, soit le Social Climate Scale (SCS). Considérant les résultats psychométriques obtenus, il est possible de formuler trois conclusions : 1) certains climats sociaux possèdent les caractéristiques les rendant plus susceptibles d'engendrer des comportements particuliers chez les individus ; 2) malgré le fait que les comportements d'un individu peuvent varier en fonction des caractéristiques de l'environnement dans lequel il se trouve, il est aussi possible de constater que le même environnement peut être à l'origine de comportements différents au sein d'un groupe d'individus ; 3) le SCS mesure l'environnement ou le climat social selon la perception des participants.

Moos (1968) a inspiré des chercheurs appartenant à d'autres disciplines qui ont alors étudié l'influence de l'environnement sur les comportements humains. En

soins infirmiers, Chan (2002) a rapporté que les étudiantes considèrent l'environnement d'apprentissage clinique comme l'endroit le plus favorable au développement de leurs habiletés cliniques. L'environnement d'apprentissage clinique s'avère aussi un milieu d'apprentissage dans lequel les étudiantes développent non seulement leur savoir professionnel (Chan, 2002; Thorell-Ekstrand et Bjorvell, 1995), mais aussi ont la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels et ce, en tant que futures professionnelles (Chan, 2002; Windsor, 1987).

L'environnement pour l'apprentissage clinique est une structure d'apprentissage plus complexe que l'environnement d'apprentissage théorique en regard des différentes contraintes qu'il présente (Chan, 2002; Massarweh, 1999). Ses caractéristiques peuvent faire en sorte qu'il suscite de l'anxiété et peut exiger un processus d'adaptation à cause du caractère moins planifié des activités se déroulant dans un environnement comme celui d'une unité de soins. De plus, les étudiantes peuvent ressentir beaucoup d'inquiétudes à cause de l'éloignement du cadre étudiant habituel et de la proximité avec des professionnels expérimentés. Les enseignantes doivent répondre aux besoins d'apprentissage des étudiantes tout en veillant, en tant que professionnel de la santé, à ce que les patients reçoivent des soins de qualité et sécuritaires. Les étudiantes doivent, de plus, affronter un conflit de rôle soit celui «d'apprenante» et de «travailleuse» (Chan, 2002; Melia, 1987) car elles se voient projeter dans un environnement d'apprentissage où l'importance des tâches à effectuer surpasse l'importance de l'apprentissage. L'environnement d'apprentissage clinique s'avère donc plus anxiogène que les environnements d'apprentissage théorique auxquels les étudiantes infirmières étaient habituées lors de leur formation (Chan, 2002; Kushnir, 1986; Windsor, 1987).

1.2 Environnement d'apprentissage clinique dans les collèges du Québec

Le système de santé québécois a dû faire face à de nombreux changements au gré des nouveaux besoins de la population. Au regard de l'évolution des pratiques que ces changements ont imposé, les établissements d'enseignement ont dû aussi repenser l'ensemble des programmes destinés à la formation d'infirmières (Comité des spécialistes, 2000). Le projet de formation intégrée dans lequel une continuité est établie pour les infirmières formées au collégial et désirant poursuivre au niveau universitaire s'est avéré une des solutions aux nouveaux défis professionnels proposés aux infirmières.

Étant sous la responsabilité du Ministère de l'éducation, du loisir et des sports (MELS) du Québec, les programmes de soins infirmiers des collèges du Québec ont des structures semblables à travers la province. Leur contenu est organisé autour de trois grands volets, soit la formation générale (cours de langue française, de langue anglaise, de philosophie et d'éducation physique), la formation complémentaire (sociologie, psychologie et biologie) et la formation spécifique (ensemble de l'enseignement tant théorique que pratique de la discipline infirmière).

Au cours des heures d'enseignement clinique, les étudiantes infirmières effectuent différents blocs de stage en lien avec les compétences visées par le programme telles que l'analyse de la fonction du travail, l'utilisation des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins, l'enseignement à la clientèle, l'application des mesures d'urgence, etc. Ainsi au cours de leur pratique, les étudiantes infirmières du collège effectuent principalement les activités cliniques inhérentes à leur apprentissage clinique auprès d'une clientèle nécessitant des soins généraux dans les champs cliniques de médecine, de chirurgie, pédiatrie, périnatalité, gériatrie et santé mentale.

La supervision des étudiantes lors de leur formation clinique est effectuée par des enseignantes. Les étudiantes, regroupées en petits groupes de 5 à 8, sont associées

à une enseignante qui assure leur supervision, pourvoit à l'assignation des patients et décide de la division des tâches d'apprentissage. Les enseignantes en soins infirmiers de niveau collégial partagent leurs tâches entre la formation théorique et la formation clinique. Bien que les étudiantes infirmières soient intégrées au sein d'une équipe de soignantes, l'enseignante demeure la ressource de première ligne de ces dernières tant pour le soutien clinique que pour la communication avec les infirmières de l'unité de soins.

1.3 L'apprentissage dans l'environnement clinique

L'apprentissage clinique constitue une réalité fort différente de l'apprentissage dans la salle de classe. De plus, l'apprentissage clinique des étudiantes infirmières revêt certaines caractéristiques et implique des méthodes d'apprentissage particulières qu'il convient de décrire. Toutefois, aucune étude portant sur l'apprentissage dans l'environnement clinique québécois n'a pu être recensée et les études rapportées ont été effectuées à partir de la réalité pédagogique des étudiantes infirmières provenant de d'autres pays.

1.3.1 Définition et caractéristiques

L'expérience pédagogique des étudiantes infirmières se déroule dans un environnement qui est composé de plusieurs éléments dont des personnes, des choses et des conditions qui sont plus ou moins organisées et soumises à certaines forces. Cet environnement incite les individus à vivre de nombreuses interactions ou relations et ce, tant avec les composantes mêmes de l'environnement qu'avec d'autres individus (Legendre, 1988). Ces différentes interactions conduisent l'individu à un processus de changement (Legendre, 1988). Ce processus de changement qu'est l'apprentissage se traduit par l'acquisition de nouvelles représentations et ce, de façon durable, de sa réalité, de son environnement et de ses interactions (Legendre, 1988). L'apprentissage peut être défini comme un processus au cours duquel les individus acquièrent de façon volontaire de nouvelles connaissances et compétences qui conduisent à un changement de comportement (Legendre, 1988; Potter et Perry, 1998) ou encore comme un

résultat qui fait référence au produit des activités d'apprentissage, du contexte et de la culture dans lequel il se déroule (Brown, Collins et Duguid, 1989; Goodenow, 1992).

La pratique clinique permet aux étudiantes de consolider leurs savoirs et leurs habiletés pratiques à travers de véritables situations de soins. De multiples stratégies pédagogiques sont utilisées en vue de l'apprentissage clinique (cours magistraux, ateliers, séminaires, laboratoires et stages) (Chan, 2002). Le parcours clinique des étudiantes infirmières constitue en soi une période de transition importante au cours de laquelle les étudiantes se doivent d'utiliser de nouvelles stratégies d'apprentissage et ce, dans un environnement d'apprentissage bien différent de ceux auxquels elles étaient habituées. Les étudiantes doivent évoluer afin d'atteindre de nombreux objectifs d'apprentissage en regard des différentes habiletés, compétences, attitudes et valeurs en vue d'atteindre les standards exigés par la profession (Chan, 2002).

1.3.2 Méthode d'apprentissage clinique

L'apprentissage clinique se fait graduellement par l'expérience qui est enrichie par les interactions avec des enseignantes, considérées comme des modèles de rôle (Brown et al., 1989). Les étudiants apprennent grâce à l'observation, l'imitation, la pratique, la répétition et l'engagement continu dans le processus d'apprentissage. Pour apprendre, les étudiantes doivent faire davantage que de mémoriser les connaissances, elles se doivent d'apprendre à utiliser leur savoir et pour ce faire, elles doivent comprendre les situations de soins et pratiquer les techniques de soins enseignées en laboratoire (Greeno, Collins et Resnic, 1996). Afin de développer leur capacité à gérer une situation de soins, elles doivent non seulement recevoir de l'information sur le sujet mais aussi affronter directement une situation de soins et recevoir un feed-back sur leurs performances (Vargas, 1996).

Au cours de leur apprentissage clinique, les étudiantes sont plongées dans une authentique situation professionnelle. Elles doivent ainsi affronter les activités tant

professionnelles que sociales inhérentes à leur nouvelle carrière : être infirmière. L'apprentissage débute avec des tâches professionnelles des plus simples et évolue vers des tâches et des objectifs de plus en plus complexes (Resnick, 1987). Les enseignants assignent aux étudiantes des tâches réalistes et leur assurent le soutien nécessaire à leurs réalisations. En principe, l'ensemble d'une situation professionnelle est divisé en petites parties qui sont successivement présentées aux étudiantes en prenant soin de fournir les connaissances préalables à leur nouvel apprentissage (Greeno et al., 1996; Skinner 1989). Progressivement, l'étudiante arrivera à assumer pleinement son nouveau rôle professionnel. Ainsi, elle évolue en réussissant à exécuter une nouvelle tâche qu'elle n'aurait pu faire sans aide.

Les infirmières accompagnatrices ne sont pas seulement des formatrices cliniques, mais aussi des agents de socialisation : elles aident les étudiantes à intégrer tant les comportements que les normes professionnelles. Elles leur fournissent un soutien qu'elles retirent au fur et à mesure des capacités des étudiantes (Greeno et al., 1996). La pratique des étudiantes s'avère donc un élément essentiel à la maîtrise de certains comportements ou habiletés professionnelles (Chan, 2002 ; Dunn et Burnett, 1995; Dunn et Hansford, 1997; Hart et Rotem, 1994; Reed et Price, 1991 ; Sand-Jecklin, 2000).

1.4 Études empiriques sur l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières

Les premières études mettent en lumière certaines difficultés présentes dans l'environnement d'apprentissage des étudiantes infirmières des années 80 (Fretwell, 1980 ; Kushnir, 1986 ; Ogier, 1981 ; Sellek, 1982).

Avant même de débiter son étude, Fretwell (1980) formule deux constations : 1) l'enseignement des soins infirmiers s'effectue principalement dans l'environnement clinique, 2) les étudiantes apprennent en travaillant. Les résultats de son étude soutiennent ces constations et mettent en évidence certains

problèmes. Premièrement, les étudiantes passent la plus grande partie de leur temps (2/3) à travailler. Alors que les étudiantes voudraient des réponses à leurs besoins d'apprentissage clinique, les infirmières accompagnatrices privilégient les besoins des patients favorisant ainsi l'acquisition et l'évaluation des habiletés nécessaires à l'accomplissement du travail. Deuxièmement, les infirmières accompagnatrices ont une énorme influence sur l'environnement d'apprentissage clinique et elles éprouvent des difficultés à dispenser un enseignement de qualité. Ainsi, elles affirment consacrer moins de 2% de leur temps de travail à l'enseignement. De plus, elles éprouvent des difficultés à communiquer leur savoir. Enfin, les attentes des étudiantes sont différentes de celles des accompagnatrices. Les étudiantes ont tendance à privilégier les occasions d'apprentissage qui permettent l'acquisition de nouvelles connaissances alors que les accompagnatrices évaluent surtout les étudiantes en fonction de leur capacité à exécuter le travail.

Fretwell (1980) évalue l'environnement d'apprentissage clinique en deux temps. Dans le premier temps, à partir d'un questionnaire maison l'auteur a utilisé une approche quantitative pour réaliser une enquête auprès 87 étudiants ayant effectué des stages dans plus de 14 unités de soins différentes à l'automne 1975. L'échantillon de l'étude représentait 48.9% de toutes les étudiantes infirmières et les participants ont répondu avec un taux de 100%. Les étudiantes étaient invitées à répondre à différentes questions portant sur les caractéristiques de leur environnement d'apprentissage clinique. Le questionnaire contenait quatre choix de réponse pour chaque énoncé.

Le temps deux de l'étude utilisait l'approche qualitative et les entrevues se sont déroulées auprès de onze infirmières accompagnatrices dans les unités de soins. Les questions posées durant les entrevues étaient organisées autour de quatre sujets soit la description de l'environnement d'apprentissage clinique, le travail dans l'environnement clinique, le rôle des accompagnatrices et la formation des étudiantes infirmières.

L'étude de Fretwell (1980) a mis en évidence deux éléments importants qui orientent encore aujourd'hui la recherche en sciences infirmières : 1) l'environnement joue un rôle essentiel dans l'apprentissage ; 2) une place importante doit être accordée à l'étudiante dans l'étude et le déroulement du processus d'apprentissage clinique.

L'étude de Fretwell a soulevé l'importance de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières britanniques. Toutefois, la chercheuse avait utilisé un questionnaire maison qui ne semblait pas avoir subi préalablement un processus de validation. Malgré cette limite méthodologique, l'étude qui comportait aussi une étape qualitative a permis de soulever l'importance de l'environnement dans l'apprentissage des étudiantes infirmières. Désireuses de faire des étudiantes en soins infirmiers l'objet central du processus d'apprentissage clinique, certaines chercheuses ont développé des instruments de mesure évaluant le concept de perception de l'environnement d'apprentissage clinique : le Clinical Learning Environment Scale (Dunn et Burnett, 1995) et le Student Evaluation of Clinical Education Environment (Sand-Jecklin, 2000).

1.4.1 Clinical Learning Environment Scale (CLES)

L'étude de Dunn et Burnett (1995) a pour objectif de développer un instrument valide et fidèle qui évalue l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières. À partir du questionnaire élaboré par Orton (1981), Dunn et Burnett (1995) ont élaboré le Clinical Learning Environment Scale (CLES). Constitué de 124 énoncés évalués à partir d'une échelle de Likert à cinq points d'ancrage, le questionnaire de Orton (1981) a subi une adaptation afin qu'il reflète la réalité australienne. Un groupe de douze experts composé d'infirmières enseignantes a participé à l'étude de validité de contenu modifiant ainsi des éléments se rapportant au vocabulaire, à la réalité scolaire ou professionnelle et au programme de formation infirmière. De plus, seuls les énoncés portant sur l'environnement d'apprentissage clinique ont été conservés. Le questionnaire qui a été soumis à une étude portant sur les qualités psychométriques du CLES, était

composé de 55 énoncés mesurant la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique.

L'étude quantitative s'est déroulée auprès des infirmières accompagnatrices (n=42) et des étudiantes infirmières (n=381) de premier cycle universitaire. Les questionnaires étaient remis aux étudiantes par les infirmières accompagnatrices et ramassés dans les trois derniers jours de la deuxième semaine de stage permettant ainsi aux étudiantes d'avoir suffisamment d'informations sur leur environnement d'apprentissage clinique pour pouvoir l'évaluer.

Les résultats de cette étude permettent de conclure à une consistance interne qui variait selon les dimensions comme en témoignent les valeurs d'alpha de Cronbach de modérées à élevées. Des analyses factorielles exploratoires ont permis de diviser les énoncés en cinq grandes classes provenant de la recension des écrits. Sans plus de détails, l'auteur a décrit l'instrument final comme un questionnaire composé de 23 énoncés regroupés à l'intérieur de cinq dimensions soit la relation entre les étudiantes infirmières et leur infirmière accompagnatrice, la relation entre les étudiantes infirmières et les patients, les relations interpersonnelles et la satisfaction des étudiantes.

Bien que cette étude a démontré seulement quelques unes des qualités psychométriques de l'instrument soit la consistance interne, la validité de contenu et la validité de construit, elle a su mettre en évidence l'importance de l'environnement d'apprentissage clinique pour les étudiantes infirmières.

1.4.2 Student Evaluation of clinical education environment (SECEE)

Inspirée des travaux de Dunn et Burnett (1995) ainsi que de Dunn et Hansford (1997), une chercheuse américaine Kari Sand-Jecklin (2000) a élaboré un questionnaire, le Student Evaluation of Clinical Education Environment (SECEE), qui vise aussi à évaluer la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement clinique d'apprentissage. Sand-Jecklin (2000) adopte la même définition de l'environnement d'apprentissage que Dunn et Burnett (1995). En

plus, Sand-Jecklin (2000) reconnaît les différentes dimensions caractérisant l'environnement d'apprentissage énumérées par Shuell (1989), soit les dimensions cognitives, sociales, culturelles, affectives, émotives, etc. Selon cette auteure, ces différentes dimensions de l'environnement ont un impact important sur les résultats d'apprentissage des étudiantes et mettent en évidence l'étroite relation entre l'être humain et l'environnement.

L'étude a combiné des données qualitatives et quantitatives. Elle a commencé par des rencontres avec deux groupes de sujets, soit des étudiantes infirmières d'une importante université de l'Est des États-Unis et des professeurs travaillant à la Faculté des Sciences infirmières de cette même université. Le but de ces rencontres était d'identifier les facteurs de l'environnement clinique d'apprentissage ayant le plus d'impact sur leur apprentissage. La première version du questionnaire SECEE s'appuie sur des données recueillies lors de ces rencontres ainsi que sur une recension des écrits, sur la révision d'évaluations de cours et sur les conseils d'expertes reconnues dans le domaine. Elle était constituée de 13 énoncés regroupés en cinq (5) catégories : 1) l'orientation des étudiantes; 2) le personnel infirmier, la disponibilité du précepteur, la communication, la présence de modèle de rôle, la surcharge de travail et la qualité de la préparation à titre de ressource étudiante; 3) la disponibilité des ressources d'apprentissage; 4) l'opportunité des étudiantes à exécuter des soins et 5) l'impact des autres étudiantes lors de l'expérience d'apprentissage clinique. Cette version comprenait aussi des questions ouvertes sur les forces et les faiblesses du milieu de stage ainsi que leur impact sur leur expérience d'apprentissage.

Cette première version a été validée auprès des étudiantes d'une université de la Côte-Est de l'Atlantique. Les caractéristiques méthodologiques de l'étude ne sont pas mentionnées. Les réponses des étudiantes démontrent la consistance interne de l'instrument par un Alpha de Cronbach d'une valeur de 0,897. Les étudiantes ont donné des scores statistiquement différents ($p < 0,05$) selon les milieux de stage, démontrant la validité discriminante du questionnaire. Des modifications furent apportées au questionnaire afin d'élargir les caractéristiques de

l'environnement influençant l'apprentissage. Suite à la première validation de l'instrument ainsi qu'à une recension des écrits plus exhaustive, le chercheur a ajouté des énoncés portant sur les occasions d'apprentissage des étudiantes, la disponibilité des infirmières accompagnatrices, le soutien à l'apprentissage et le retour d'informations et pour finir, sur les relations entre les étudiantes. La deuxième version de l'instrument qui comprend 29 énoncés, regroupés en quatre catégories : 1) la communication et le retour d'information ; 2) les opportunités d'apprentissage; 3) le soutien à l'apprentissage; 4) l'atmosphère de l'unité de soins dans lequel l'étudiante effectue ses stages. À ces énoncés, s'ajoutent trois questions ouvertes dont une porte sur les aspects de l'environnement qui facilitent leur apprentissage, une autre sur les aspects de l'environnement qui nuisent, plus une dernière pour les commentaires.

Cette deuxième version a fait aussi l'objet d'une étude de validation auprès d'un échantillon aléatoire simple d'étudiantes universitaires en soins infirmiers ($n=319$) qui avaient fait un stage dans au moins un des trois centres hospitaliers de la Côte-Est des États-Unis (identifiés par les initiales LMA, SMA et SMW). De ce groupe, 116 étudiantes ont procédé à deux évaluations (test-retest) du même milieu de stage avec un intervalle à trois ou quatre semaines afin d'évaluer la stabilité de l'instrument. Plusieurs étudiantes (21%) n'ont pas identifié le milieu de stage et plusieurs (8%) n'ont pas indiqué s'il s'agissait du pré-test ou du questionnaire de fin de session. Ceci a créé des difficultés pour l'analyse des données.

Les résultats de l'Alpha de Cronbach étaient élevés pour le questionnaire total, soit de 0,94 pour les centres hospitaliers LMA et SMA et de 0,89 pour le centre SMW. À cause des données manquantes, un nombre peu élevé de questionnaires a été éligible pour l'étude de stabilité. Les réponses des étudiantes ont été relativement similaires aux deux épisodes de mesure, la corrélation des énoncés aux deux moments variant de 0,50 à 0,61. La validité conceptuelle a été démontrée par le test d'ANOVA qui présente des différences statistiquement significatives entre les environnements cliniques d'apprentissage. Même si

l'objectif de cette étude était la validation du SECEE, les résultats préliminaires suggèrent que les caractéristiques de l'environnement jouent un rôle important dans l'apprentissage des étudiantes infirmières et que les caractéristiques de l'environnement d'apprentissage peuvent varier d'un milieu de stage à l'autre. L'étude a aussi démontré la validité et la fidélité de l'instrument SECEE. Toutefois, l'instrument reflète seulement l'environnement clinique d'apprentissage des étudiantes américaines.

2. LE POUVOIR

Le pouvoir est un concept discuté dans plusieurs disciplines dont la psychologie, les sciences religieuses, les sciences de l'éducation et les sciences infirmières. Ces disciplines ont développé différentes définitions et théories du pouvoir.

2.1 Définition et caractéristiques

Dès le début des années 1970, les chercheurs en sciences infirmières se sont intéressés à une problématique de taille : le faible pouvoir des infirmières (Bowman et Culpepper, 1974). Bowman et Culpepper (1974) figurent parmi les premiers auteurs à s'être intéressés au pouvoir des infirmières. Ayant pour fondement les écrits de Morgenthau, ces auteurs définissent le pouvoir comme une force dynamique dont son origine se situe principalement dans les relations humaines. Cette force qu'est le pouvoir permet aux individus d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

À titre de composante essentielle des interactions sociales, le pouvoir est perçu comme une entité omniprésente qui caractérise les relations entre individus. Admettant le caractère dynamique du pouvoir, le politologue Morgenthau (1967) (cité dans Bowman et Culpepper, 1974) prétend que les relations, tant entre les individus qu'entre les groupes, consistent à donner du pouvoir ou à tenter d'en acquérir davantage. Le pouvoir peut aussi (Bowman et Culpepper, 1974) être associé à un état plutôt qu'à un processus. En effet, lorsque le pouvoir est associé

à la notion de prestige, il réfère à la position sociale donnée à un individu à partir du jugement des autres membres de la société.

Le pouvoir varie d'un individu à un autre. Selon les politologues, trois facteurs pourraient expliquer ces différences entre individus, soit la quantité de ressources dont dispose un individu, l'utilisation que l'individu fait de ces ressources et, pour finir, l'habileté de l'individu à utiliser ces ressources (Bowman et Culpepper, 1974).

Le pouvoir est étroitement lié à l'environnement. Il s'avère donc impossible d'observer ou d'évaluer le pouvoir sans s'intéresser à l'environnement. Le pouvoir ne peut aussi se développer sans la définition de buts. Les buts donnent aux individus une base pour l'acquisition et l'exercice du pouvoir en ralliant le groupe autour d'un même point et facilitant ainsi, le développement d'une conscience commune (Bowman et Culpepper, 1974).

Le pouvoir a aussi été investigué en tant qu'instrument de développement social (Kieffer, 1984). Dans cette optique, le pouvoir est défini comme un long processus par lequel le citoyen apprend et se développe en vue d'atteindre un niveau de compétence qui lui permet de participer aux activités de sa communauté en posant des actions sociales. Cet apprentissage se manifeste par des changements individuels tant cognitifs que comportementaux. Reconnaissant que le pouvoir est le fruit de l'interaction qui existe entre l'humain et l'environnement, Kieffer (1984) a tenté d'expliquer pourquoi certains individus, issus d'un environnement caractérisé par des conditions économiques et sociales défavorables au développement du pouvoir, réussissent à devenir des citoyens actifs manifestant du leadership. Des entrevues auprès de 50 individus ont permis la formulation de trois éléments associés au pouvoir : 1) la définition du concept de pouvoir et de non pouvoir; 2) les phases de développement du pouvoir chez les individus provenant d'un environnement défavorable; 3) les implications du développement du pouvoir dans la vie courante.

Le pouvoir a aussi été l'objet d'intérêt des chercheurs en éducation. S'intéressant aux objectifs que doivent poursuivre les programmes d'éducation secondaire, Rosenman (1980) a orienté sa recherche en fonction de sa conception de la notion de pouvoir qui se définit comme l'habileté des individus de contrôler leur vie. Pour ce faire, le développement du pouvoir fait référence à la capacité d'un individu d'exercer son contrôle sur lui-même et sur sa communauté. Le développement individuel et les interactions sociales étant des préalables nécessaires au développement du pouvoir, il est évident pour Rosenman (1980) que l'école doit y jouer un rôle important. Selon ce chercheur, la formation secondaire doit permettre aux étudiants de développer les habiletés nécessaires pour devenir des agents de transformation de la société et de la justice sociale. Bien que cet auteur apporte des bases théoriques intéressantes, son travail est limité à des données descriptives obtenues par l'observation des effets de l'implantation d'un programme d'enseignement alternatif qui vise le développement du pouvoir chez les étudiants du secondaire et une recension des écrits.

S'intéressant à l'éducation des adultes, Sappington (1984) souhaitait créer un environnement sécuritaire au plan émotif qui pourrait permettre aux étudiantes de développer leur pouvoir. Dans le cadre de cette étude, le pouvoir est défini comme une force qui permet aux étudiantes adultes d'affronter leurs peurs et de risquer le changement qui caractérise l'apprentissage (Sappington, 1984). Selon Sappington (1984), tout changement personnel nécessite un environnement favorable et le fait de délaisser une situation confortable pour atteindre des objectifs plus satisfaisants demande du courage et une bonne gestion des peurs associées au changement. L'environnement s'avère une ressource intéressante qui facilite le processus de changement chez les étudiantes.

Son étude, d'approche qualitative, débute avec une recension exhaustive des écrits de Maslow, Carl Rogers, Knowles et Freire. Des entrevues ont été effectuées auprès de dix enseignants ou intervenants œuvrant auprès d'adultes en formation dans les domaines de l'enseignement religieux, du développement de ressources

humaines, de la psychothérapie, de l'éducation, de la gestion et de l'intervention auprès des handicapés. Les entrevues étaient principalement centrées sur trois volets soit les peurs que les adultes éprouvent face à leur environnement d'apprentissage, les différentes interventions que les enseignantes effectuent en regard des peurs de leurs étudiantes et, pour finir, les caractéristiques d'un environnement d'apprentissage sécuritaire. Les résultats de cette étude ont permis de formuler trois conclusions. Premièrement, le sentiment de sécurité joue un rôle essentiel dans le processus d'apprentissage. Deuxièmement, l'enseignant est un agent facilitateur par l'influence qu'il peut exercer tant sur l'environnement d'apprentissage que sur le soutien donné aux étudiantes. Troisièmement, le pouvoir doit être un objectif d'apprentissage. Ainsi, grâce à l'environnement, l'étudiant développe la capacité de contrôler ses peurs et de «prendre le risque» du changement c'est-à-dire d'apprendre.

Bien que cette étude établisse de façon qualitative une relation entre l'environnement et le pouvoir en affirmant que les caractéristiques de l'environnement favorisent la capacité à changer des étudiantes, elle ne permet pas de généraliser les données et se limite à un nombre restreint d'enseignants.

2.2 Pouvoir des étudiantes infirmières

Le début des années 1970 est marqué par une constatation : les infirmières sont sans pouvoir. Les infirmières se voient alors comme les objets du pouvoir des autres et ont bien intégré la notion d'autorité provenant tant de leurs gestionnaires que de la part des autres professionnels de la santé. Ceci contribue à créer chez les infirmières une faible estime d'elles-mêmes (Bowman et Culpepper, 1974).

La dépendance des infirmières se manifeste principalement par le fait qu'à l'époque, elles n'avaient pas le sentiment d'être responsables de leurs actes professionnels. Par conséquent, elles reléguaient la mise en place de leurs standards de pratique à d'autres professionnels, comme aux médecins. Elles sont donc, tant pour elles-mêmes que pour les autres, des exécutantes dont les actes

sont sous la supervision des médecins. Les infirmières, comme des professionnelles majoritairement de sexe féminin, étaient reléguées au second rang par la domination masculine du corps médical, brimant ainsi tout leur pouvoir d'action (Bowman et Culpepper, 1974). Toutefois, pour ces auteurs (Bowman et Culpepper, 1974), la discipline infirmière possédait les ressources pour devenir une profession pleine de pouvoir. Les valeurs de rassemblement proposées par les premiers mouvements de revendication des femmes auraient aussi, selon Bowman et Culpepper (1974), contribué à unifier les infirmières en regard d'objectifs communs et ainsi de les plonger au cœur d'une coopération tant professionnelle qu'interprofessionnelle. Ainsi, des changements importants survenus tant dans l'éducation que dans le système de santé ont contribué au développement de l'expertise des infirmières qui sont devenues des professionnelles à part entière. Par le développement de leurs pratiques, les infirmières ont pris conscience de leur pouvoir tant de façon individuelle comme praticienne que collectivement en tant que groupe professionnel. Le développement de leur conscience a permis aux infirmières d'apprécier autant leurs compétences que celles développées par leurs pairs (Bowman et Culpepper, 1974).

Animée du désir de développer une pratique fondée sur le savoir, Barrett (1988) met au point un modèle de pratique et d'évaluation à partir de la conception de Martha Rogers, théoricienne en soins infirmiers. Selon Barrett (1988), le modèle de Rogers permet de refléter le savoir particulier à la discipline infirmière.

Selon Rogers, la personne et son environnement constituent des champs énergétiques (Barrett, 1988). La personne se voit considérée comme un tout irréductible plus grand que la somme de ses parties. Le changement est au cœur de la conception de Rogers (Barrett, 1988). L'unicité de chaque personne et de son environnement est décrite par un pattern toujours en constante évolution. À partir de la théorie de Rogers, Barrett (1988) a développé sa conception du pouvoir qui est définie comme le processus par lequel un individu devient conscient de ses choix, de la possibilité d'agir librement face à ces choix de façon

à créer le changement. Le pouvoir est perçu alors comme un indicateur du processus de changement qui s'opère au sein des champs énergétiques. Barrett (1988) précise que c'est lorsque la participation de l'individu au processus de changement est volontaire que l'on peut parler de pouvoir.

Barrett (1990) a développé un outil, le Power as Knowing Participation in Change Tool (PKPCT), qui permet au chercheur d'obtenir des données sur la façon dont un individu perçoit son potentiel ou son pouvoir. Ce questionnaire évalue le pouvoir à partir de quatre indicateurs soit la conscience, la possibilité de choisir, la liberté d'agir volontairement et l'engagement à créer un changement. L'instrument, utilisé dans plus de neuf contextes différents dont celui de Hobbs (1991), a démontré une consistance interne extrêmement élevée, soit de 0,95 à 0,97 (Barrett, 1990, Hobbs 1991).

Hobbs (1991) a effectué une étude ayant pour objectif d'identifier les éléments de l'environnement qui influencent le développement du pouvoir chez les étudiantes infirmières. Cette étude descriptive exploratoire comportait deux parties dont une première d'ordre qualitative et une deuxième d'ordre quantitative. L'instrument PKPCT élaboré par Barrett (1990), est utilisé au cours de la phase quantitative de cette recherche en vue d'évaluer le niveau de pouvoir des étudiantes infirmières. Un total de 88 étudiantes a répondu au questionnaire. Les données qualitatives ont été obtenues par entrevues et ce, auprès de 18 étudiantes infirmières. Elles ont été invitées à discuter des manifestations du pouvoir présentes dans l'environnement. Les quatre indicateurs du pouvoir ont servi à orienter les bases de l'entrevue. Les résultats ont démontré que les étudiantes ayant un niveau de pouvoir supérieur percevaient l'environnement d'apprentissage d'une façon plus positive. En effet, ces dernières ont identifié un moins grand nombre d'éléments contraignants provenant de l'environnement que celles qui avaient un niveau de pouvoir plus bas.

De façon qualitative et, selon la méthode de la théorisation ancrée, Pearson (1998) a aussi tenté d'explorer le phénomène du pouvoir chez les étudiantes infirmières. La chercheuse espérait ainsi arriver à formuler un cadre théorique sur ce sujet.

L'étude s'est déroulée auprès de six étudiants de deuxième année (4 femmes et 2 hommes). La collecte de données fut effectuée par entrevue et ce, jusqu'à saturation des données. Les étudiants étaient invités à décrire ce qu'était le pouvoir pour eux et à identifier les éléments de leur expérience d'apprentissage qui favorisaient le développement du pouvoir et les éléments qui au contraire, conduisaient à la perte de pouvoir. L'analyse des données s'est faite d'une façon continue durant la collecte de données en respectant les principes de la théorie ancrée. Les résultats de cette étude ont permis l'élaboration d'un modèle théorique du processus de développement du pouvoir dans un contexte d'éducation en soins infirmiers ainsi que la formulation de deux constatations. D'abord, le programme d'éducation en soins infirmiers a eu le potentiel de favoriser le développement du pouvoir des étudiants. De plus, la chercheuse a constaté que le développement du pouvoir nécessite l'interaction des étudiantes infirmières avec une infirmière experte parce que cela facilite l'engagement de cette dernière dans le processus de réflexion qui conduit à l'action.

Le modèle de Pearson (1998) précise cinq points importants ou étapes qui décrivent le processus de développement du pouvoir. Premièrement, l'étudiante en soins infirmiers apporte ses expériences personnelles tant au niveau personnel qu'au niveau de ses expériences d'apprentissage antérieures à celles vécues en soins infirmiers. En plus d'apporter avec elles leurs expériences antérieures, les étudiantes apportent aussi leurs compétences qu'elles ont développées antérieurement à leur formation en soins infirmiers. Ce «bagage» d'expérience influence la perception qu'elles ont de leur efficacité. Ce concept d'auto efficacité emprunté à Bandura (1986) influence le niveau de confiance en soi de l'étudiante. Ainsi, si l'étudiante s'est perçue efficace dans le passé, elle a davantage de chance de se percevoir efficace pour les tâches qu'elle aura à accomplir au cours de son apprentissage. L'environnement, dont font partie le personnel soignant, les

enseignants et les patients, influence la perception qu'a l'étudiante de son auto efficacité d'une façon positive ou négative en fonction du fait qu'il réponde ou non aux attentes de cette dernière. La qualité des interactions que l'étudiante entretient avec les infirmières influencera aussi de façon positive ou négative le développement du pouvoir des étudiantes infirmières. Il est important de préciser que ce sont ces infirmières expertes qui facilitent le processus de réflexion action chez l'étudiante. Les caractéristiques de ces quatre éléments détermineront la présence ou l'absence de pouvoir chez les étudiantes infirmières : expériences antérieures, perception de son auto efficacité, environnement et pour finir, ses interactions (surtout celles avec son ou ses infirmières expertes).

Bien que certaines études effectuées hors du Québec (Hobbs, 1991; Pearson, 1998) ont démontré que les caractéristiques de l'environnement interviennent sur la perception de pouvoir des étudiantes, la nature et la force de la relation entre ces concepts n'ont pu être démontrée de façon quantitative.

3 CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre conceptuel utilisé pour la présente étude est le modèle développé par Martha Rogers (1970). Ce modèle convenait très bien à la présente étude tant en regard de la grande importance qu'il accorde à l'environnement ainsi que de la théorie du pouvoir développée par Barrett (1990) à partir de ce même modèle conceptuel.

L'environnement est une source de préoccupation en soins infirmiers, depuis Nightingale (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994). Selon Rogers (1970), la personne vit davantage qu'une relation constante et continue avec son environnement car elle fait partie de cet environnement qui constitue une partie intégrante de son champ. L'environnement est un concept central de la conception de Martha Rogers. Cette relation entre l'être humain et son environnement est dynamique et conduit vers un processus de changement. Cette relation n'est pas unidirectionnelle, tant l'être humain transforme son environnement qu'il se laisse

à son tour influencer par lui. Les changements qui découlent de cette relation sont expliqués selon des principes d'homéodynamie, dont l'hélicie. L'hélicie réfère à la diversité ainsi qu'au caractère innovateur des configurations humaines et environnementales. Le pouvoir découlerait de ce principe. Ainsi, les comportements des étudiantes changent obligatoirement lorsqu'elles sont en stage puisqu'elles apprennent.

Barrett (1988) nomme «pouvoir», la conscience, la possibilité de choisir, le sentiment d'être libre de faire des choix et l'action d'appliquer volontairement ces choix. Le développement du pouvoir est le processus par lequel un individu devient conscient de l'une de ces options soit de se changer soi-même ou encore de changer son environnement et d'agir délibérément et librement pour créer le changement (Barrett, 1990). Le pouvoir est associé à une capacité de contrôle interne (Hobbs, 1991; Zimmerman 1987). À cet effet, le pouvoir joue un rôle majeur dans le développement du potentiel de l'individu et est fortement influencé par la perception qu'il a de sa réalité ainsi que par les caractéristiques de son environnement (Barrett, 1998; Hobbs 1991). Hobbs (1991) et Pearson (1998) ont démontré que l'environnement influence le développement du pouvoir. Le pouvoir se manifeste chez les infirmières par un sens du leadership (Barton, 1985), un sentiment d'appartenance à l'organisation dont elles font partie, une meilleure productivité ainsi que des résultats positifs dans les soins dispensés aux patients (Barrett, 1998).

Les concepts de conscience, de choix et d'engagement se retrouvent aussi dans le processus de résolution de problème étudié par Rubinfeld et Scheffer (1999) dont la base est la pensée critique. Dans sa démarche de soins, l'infirmière prend conscience de la situation de santé du patient en procédant à une collecte de données. Par la suite, l'infirmière effectue des choix quant aux données obtenues pour arriver à une solution provenant de ses connaissances, de ses valeurs et des éléments qui caractérisent sa pensée.

Pour conclure l'apprentissage clinique est un élément important de la formation des infirmières (Dunn et Burnett, 1995). L'influence de l'environnement, et plus particulièrement de certaines de ses caractéristiques, sur l'expérience d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières est reconnue par de nombreux chercheurs en sciences infirmières (Chan, 2000 ; Dunn et Burnett, 1995 ; Dunn et Hansford, 1997 ; Fretwell, 1980 ; Sand-Jecklin, 2000). La perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique est un excellent indicateur des qualités de cet environnement (Dunn et Hansford, 1997 ; Fraser, 1982 ; Fraser, Willianson et Tobin, 1987 ; Sand-Jecklin, 2000) et pourrait s'expliquer par le niveau de pouvoir des étudiantes (Barrett, 1990 ; Hobbs, 1991 ; Pearson, 1998) qui lui-même se développe à travers la relation qui existe entre la personne et son environnement (Rogers, 1970).

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Ce troisième chapitre décrit les éléments méthodologiques associés à cette étude. Dans un premier temps, ce chapitre présente le dispositif suivi des définitions opérationnelles des variables à l'étude. Dans un deuxième temps, la méthode d'échantillonnage, la procédure de collecte de données sont présentées ainsi que les deux instruments de mesure utilisés dans cette étude soit le questionnaire portant sur le pouvoir (PKPCT : Power Knowing in Participation in Change Tool de Barrett, 1990) et le questionnaire portant sur la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique (SECEE : Student Evaluation of Clinical Education Environment de Sand-Jecklin, 2000)). Enfin, la façon de procéder à l'analyse des résultats ainsi que les considérations éthiques sont décrites.

1. DISPOSITIF

La présente étude était une étude pilote dont l'objet était principalement d'ordre méthodologique et son but consistait à évaluer la faisabilité d'une étude portant sur la relation entre la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement clinique d'apprentissage et leur sentiment de pouvoir. Pour ce faire, il était nécessaire de traduire les deux instruments de mesure, soit le PKPCT et le SECEE, et d'évaluer leurs qualités psychométriques. Trois activités de recherche ont été réalisées (voir tableau 1). 1) La traduction a été réalisée par la méthode de Brislin (1970). 2) La validité de contenu a été évaluée à l'aide de la méthode Delphi. 3) Certaines qualités psychométriques ont été évaluées par une enquête, soit la validité de construit, la consistance interne ainsi que la validité conceptuelle des instruments. De plus, l'enquête nous a permis d'estimer le taux de participation qui permettra de déterminer la taille de l'échantillon souhaitable pour une étude ultérieure. Finalement, l'enquête utilisant les instruments traduits,

a servi à explorer la relation entre le sentiment de pouvoir et l'environnement clinique d'apprentissage d'étudiantes dans les collèges du Québec.

TABLEAU 1

Temps de la recherche, concepts et approches méthodologiques

Temps	Concepts	Approches méthodologiques
Temps : 1	+! Traduction +! Validité de contenu	+! Méthode de Brislin +! Méthode de Delphi
Temps : 2	+! Validité de construit +! Consistance interne +! Validité conceptuelle +! Désir de participation +! Relation entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et le pouvoir	+! Enquête

2. OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS ET INSTRUMENTS DE MESURE

Dans cette étude, deux concepts ont été étudiés chacun avec un instrument spécifique. Un premier instrument, le SECEE (Sand-Jecklin, 2000), permettait d'évaluer la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique. Le deuxième instrument, le PKPCT (Barrett, 1990), a été utilisé pour la mesure du pouvoir des étudiantes en soins infirmiers.

La perception de l'environnement d'apprentissage clinique, telle que définie par Sand-Jecklin (2000) dans le SECEE, correspond à la façon dont les étudiantes perçoivent leur environnement d'apprentissage clinique qui constitue l'ensemble des éléments qui influencent leur apprentissage. Selon le SECEE (Sand-Jecklin, 2000), la perception de l'environnement d'apprentissage comporte quatre dimensions : la communication et le retour d'informations, les occasions d'apprentissage, le soutien à l'apprentissage et l'atmosphère de l'unité de soins. Le SECEE (Student Evaluation of Clinical Environment Education) de Sand-

Jecklin (2000) comprend 32 énoncés à évaluer sur une échelle de likert à six points d'ancrage allant de 1 à 6 : 1) fortement en désaccord; 2) en désaccord; 3) neutre; 4) D'accord; 5) Fortement d'accord; et 6) Ne peut répondre. Un score de 96 et plus au questionnaire témoigne d'une perception neutre ou positive de l'environnement d'apprentissage clinique. Ce score est obtenu en additionnant les valeurs de 1 à 5 des 32 énoncés composant le questionnaire.

Le pouvoir est le processus par lequel un individu devient conscient de ses choix, de la possibilité d'agir librement face à ces choix, de façon à créer le changement (Barrett, 1990). L'instrument développé par Barrett (1990) et qui mesure le pouvoir est un questionnaire composé de 48 énoncés, portant sur quatre dimensions soit la conscience, le choix, la liberté et l'engagement. Chaque énoncé est mesuré à l'aide d'une échelle sémantique à sept (7) points d'ancrage qui permet de situer la perception du pouvoir entre deux qualificatifs antonymes. Un étudiant est reconnu comme ayant développé du pouvoir s'il obtient un résultat supérieur à 240 sur le questionnaire PKPCT (Hobbs, 1991). Ce score est calculé en additionnant les points des 48 énoncés.

3. LA MÉTHODE BRISLIN

L'étudiante et sa directrice ont respecté les trois étapes de la rétro traduction (Brislin, 1970). Premièrement, les instruments de mesure ont été traduits en français par l'étudiante chercheuse et sa directrice. Elles ont adapté les questionnaires, tant au plan du vocabulaire que de la structure de l'environnement, afin qu'ils reflètent la réalité sociale, culturelle, pédagogique et professionnelle des collèges québécois. Dans un deuxième temps, les versions françaises et adaptées des questionnaires ont été soumises à un traducteur professionnel qui les a retraduites en anglais. Enfin, les versions originales ont été comparées avec les versions retraduites. Toutes les différences ont été discutées avec les chercheurs qui ont développé les instruments originaux.

Le processus de traduction et de rétro traduction du PKPCT a été ardu. Comme le vocabulaire utilisé dans ce questionnaire découle d'un modèle conceptuel particulier, le langage utilisé ne correspond pas toujours aux significations usuelles des mots. Comme la traductrice professionnelle ne connaissait pas le modèle conceptuel de Rogers, plusieurs consultations avec le Dr Barrett ont été nécessaires afin que la version traduite conserve l'essence de la théorie dont le questionnaire est issu.

Le questionnaire SECEE, ayant été conçu dans le contexte de l'environnement d'apprentissage clinique du Sud des États-Unis, a dû aussi subir plusieurs modifications. Principalement, les modifications se situaient au niveau des titres et des fonctions des infirmières qui accompagnaient les étudiantes en soins infirmiers lors de leur expérience d'apprentissage clinique.

4. LA MÉTHODE DELPHI

La méthode de Delphi est une méthode de collecte de données utilisée fréquemment pour obtenir l'opinion d'experts. Cette méthode permet de structurer l'opinion d'un groupe et de faire évoluer la discussion (Goodman, 1987). La méthode de Delphi comporte l'avantage de concentrer l'attention des experts sur le sujet de discussion, permettant ainsi d'éliminer de façon optimale les difficultés associées aux relations interpersonnelles qui pourraient biaiser ou limiter leur expression. Quatre éléments caractérisent la méthode de Delphi soit l'anonymat de l'opinion des participants, le recours à des experts, un retour d'informations successif entre les experts et les chercheurs et l'expression statistique des réponses des experts (Goodman, 1987). Bien que la méthode de Delphi s'avère un excellent moyen d'évaluer l'opinion d'experts en évitant que la domination du groupe (Goodman, 1987) influence le jugement individuel des participants, elle comporte certains désavantages quant à la validité des données qu'elle rapporte. En effet, cette méthode permet seulement de vérifier le consensus d'un groupe sur un sujet mais elle ne permet pas d'évaluer la valeur scientifique de l'opinion des experts (Hasson, Keeney et McKenna, 2000). Dans la présente étude, la méthode de

Delphi s'avérerait un excellent choix par le fait qu'elle permettait d'établir la validité de contenu de deux questionnaires dont d'autres qualités psychométriques seraient évaluées dans le cadre d'une enquête.

La validité de contenu correspond à la capacité d'un instrument d'évaluer et de mesurer adéquatement le concept visé (Fortin, 1996). Il existe deux principales façons d'établir la validité de contenu d'un instrument soit par la méthode de la validité nominale ou encore à l'aide de la méthode par consensus. La validité par consensus a été choisie parce qu'elle implique plusieurs expertes et que l'on peut y intégrer des données quantitatives. Selon Fortin (1996), la validité par consensus s'obtient en faisant appel à un groupe d'expertes. Le rôle de ces expertes consiste à déterminer non seulement si l'instrument de mesure évalue le concept ou le phénomène en cause mais dans quelle mesure il le fait. Afin de préciser l'opinion des expertes, il est possible de quantifier la pertinence des éléments constituant l'instrument de mesure par l'utilisation d'une valeur numérique.

4.1 Échantillon

La méthode Delphi exige le choix d'experts. Ce choix est caractérisé par sa directivité (purposeful sample), donc une sélection non aléatoire. Les sujets ont été choisis par le chercheur en fonction de leurs compétences ou de leurs intérêts vis-à-vis du domaine investigué (Hasson et al., 2000). Deux groupes d'experts ont été déterminés. Le premier groupe correspondait aux experts de l'environnement d'apprentissage clinique (milieux de stage) et était composé de coordonnatrices de stage, de responsables de la formation, d'enseignantes et d'infirmières chef (n=12, soit 3 représentantes par catégorie). Quant au deuxième groupe, soit les experts de l'expérience de stage, il était formé de candidates à l'exercice de la profession (CEPI) (n=20) soit des nouvelles graduées qui ont un souvenir récent de leur expérience d'apprentissage clinique. Comme tous les experts sont de genre féminin, nous utiliserons dorénavant le féminin pour les désigner.

4.1.1 Critères d'inclusion

Pour les deux groupes, des critères d'inclusion ont été formulés. Les expertes de l'environnement d'apprentissage clinique étaient des infirmières exerçant un rôle professionnel reconnu en lien avec l'environnement clinique d'apprentissage des étudiantes en soins infirmiers. Deux critères ont guidé la sélection des sujets :

- ÷! occuper au Québec une fonction de responsabilité reliée à l'environnement clinique d'apprentissage des étudiantes infirmières depuis 3 ans;
- ÷! travailler dans un hôpital ou un CEGEP francophone.

Le recrutement s'est fait dans le cadre d'une réunion d'un groupe d'intérêt concernant les stages en Montérégie. Les expertes ont été contactées par téléphone ou courrier électronique en vue de confirmer leur désir de participer à l'étude. À chaque évaluation, un questionnaire était envoyé à chacune des participantes et celles-ci le retournaient dans une enveloppe pré-adressée.

Les expertes de l'expérience de stage étaient des candidates à l'exercice de la profession infirmière québécoise (CEPI) qui ont effectué une expérience de stage dans les six derniers mois. Le recrutement a été effectué auprès de CEPIs nouvellement engagées dans un centre hospitalier de la Montérégie. La sélection des participantes s'est effectuée à partir de trois critères

- ÷! Être CEPI;
- ÷! Être diplômée d'un programme de soins infirmiers de niveau collégial;
- ÷! Avoir effectué un stage dans les six derniers mois dans le cadre d'un programme de soins infirmiers collèges québécois.

Dans leur première semaine de formation, les CEPIs ont été rencontrées afin de leur expliquer le déroulement de l'étude et l'implication de leur participation. Parmi toutes les CEPIs engagées, certaines d'entre elles ont été abordées au hasard jusqu'à l'obtention de vingt participantes.

4.2 Déroulement

Les énoncés des versions françaises des deux questionnaires ont été envoyés pour évaluation. À chaque étape, les questionnaires étaient acheminés aux participantes accompagnés d'une lettre explicative les informant des directives à suivre pour participer à l'étude. Cette lettre mentionnait aussi le délai alloué pour retourner le questionnaire ainsi que le temps estimé pour répondre soit environ 45 minutes pour les deux questionnaires. Il était aussi précisé de retourner les questionnaires dans une enveloppe fournie et pré-affranchie.

L'évaluation du questionnaire sur l'environnement clinique (SECEE) a été basée sur deux critères : la clarté et la pertinence de chacun des énoncés. L'échelle était aussi de un à dix, un n'étant pas du tout clair et pas du tout pertinent et dix étant tout à fait clair et tout à fait pertinent. De plus, l'énoncé pouvait être commenté dans des espaces réservés à cette fin. Finalement, deux questions ouvertes invitaient à inscrire les éléments de l'environnement qui, à leur avis, facilitent ou nuisent le plus à l'apprentissage des étudiantes.

Pour le questionnaire sur le sentiment de pouvoir (PKPCT), l'évaluation a porté sur le caractère antonyme des adjectifs de l'échelle sémantique différentielle ainsi que sur la pertinence des quatre dimensions. L'échelle d'évaluation était de un (moins antonyme et moins pertinent) à dix (tout à fait antonyme et tout à fait pertinent).

Une norme de qualité a été établie en fonction de la moyenne et de l'écart-type. Tous les énoncés qui obtenaient un score moyen inférieur à la norme de qualité étaient réévalués. De plus, les énoncés qui suscitaient des commentaires ont été soumis à une évaluation subséquente. Une norme de qualité a été établie pour chaque critère d'évaluation soit clarté et pertinence pour le SECEE et caractère antonyme des adjectifs ainsi que pertinence des dimensions pour le questionnaire PKPCT. Cette norme de qualité a été calculée en fonction de la moyenne des moyennes des énoncés pour chacun des critères évalués moins un écart-type de cette même moyenne des moyennes. Tous les énoncés qui obtenaient un score

moyen ou inférieur à la norme de qualité étaient soumis à une évaluation subséquente suite à des modifications respectant les commentaires des experts. À titre d'exemple l'énoncé no. 1 du SECEE qui aurait obtenu un score moyen de 8/10 pour le critère de pertinence serait accepté sans modification si la moyenne de tous les énoncés du questionnaire pour le critère de pertinence était par exemple de 7,5/10 soustrait de l'écart type de 1,5 pour une norme de qualité de 6,0.

Un maximum de trois évaluations a été prévu. Une fois les résultats d'une première évaluation compilés, une nouvelle version du questionnaire était rédigée en fonction des informations obtenues lors de cette évaluation. Elle était ensuite retournée aux expertes pour une deuxième validation. Les résultats de la deuxième évaluation ont été à leur tour compilés. Les énoncés jugés pertinents dans les écrits scientifiques, mais qui n'ont pas atteint la norme de qualité au cours des deux premières évaluations ont été présentés à un sous échantillon de cinq expertes : un accord de quatre sur cinq devait être obtenu pour inclure l'énoncé dans le questionnaire. L'étudiante-chercheuse a communiqué par téléphone avec les cinq expertes individuellement. Les auteurs des questionnaires originaux, soit Kari Sand-Jecklin et Elizabeth Barrett, ont accepté les modifications effectuées aux questionnaires lors de la traduction et de l'adaptation.

5. L'ENQUÊTE

Dans un deuxième temps, une enquête a été effectuée afin d'évaluer certaines qualités psychométriques des deux questionnaires PKPCT et SECEE. Celle-ci a aussi permis d'évaluer l'opinion des étudiantes infirmières quant à leur pouvoir et à leur perception de l'environnement d'apprentissage clinique dans lequel elles ont évolué au cours de leur dernier trimestre.

L'enquête est un dispositif de recherche qui permet de recueillir des informations par le biais de différents procédés de collecte de données tel que le questionnaire (Fortin, 1996). L'enquête revêt de nombreux avantages pour l'étude des attitudes,

des opinions ou des comportements en permettant d'obtenir des données représentatives (Fortin, 1996). Considérant le caractère descriptif et exploratoire de la présente étude, l'enquête constitue un choix justifié. La section suivante décrit l'échantillon utilisé dans le cadre de l'enquête, son déroulement ainsi que l'analyse des résultats.

5.1 Échantillon

Les questionnaires ont été remis à toutes les étudiantes de 2^e et 3^e année au programme de formation intégrée des infirmières de trois établissements d'enseignement collégial (collèges) de la Montérégie, à la fin d'un stage en milieu de soins de courte durée. Le nombre maximal de participants au sein de ces trois collèges, était de 223.

5.1.1 Critères d'inclusion

Des critères ont été établis en vue de déterminer l'admissibilité des répondantes :

- ☐ Être étudiante en soins infirmiers dans un des trois collèges de la Montérégie qui ont été ciblés.
- ☐ Être étudiante en deuxième et troisième année de soins infirmiers.
- ☐ Effectuer un stage clinique dans le trimestre au cours duquel s'est déroulée l'étude.

5.2 Déroulement

Les deux questionnaires avec une enveloppe de réponse ont été transmis aux professeurs de stage de 2^e et 3^e année travaillant dans les trois collèges de la Montérégie ciblés. Les professeurs ont remis les questionnaires à leurs étudiantes à la dernière journée de stage.

5.3 Analyse des résultats

Les qualités psychométriques qui ont été évaluées au cours de cette enquête sont la validité de construit, la consistance interne et la validité conceptuelle.

Il est important de préciser qu'en regard de l'échelle de Likert dont la valeur «6» correspond à la réponse «Ne peut répondre», l'évaluation des qualités psychométriques s'est déroulée en comptabilisant les résultats des valeurs de 1 à 5.

La validité de construit réfère à la qualité de la structure théorique ou conceptuelle d'un instrument (Fortin, 1996). Plusieurs techniques existent pour l'évaluation de la validité de construit soit l'évaluation par convergence ou par différenciation. Au cours de cette étude, la validité de construit a été vérifiée par la méthode de différenciation à l'aide de la technique de l'analyse factorielle par composantes principales. L'analyse factorielle par composantes principales permet d'évaluer non seulement la corrélation des énoncés entre eux mais aussi d'évaluer la corrélation entre les énoncés et les dimensions qui composent l'instrument. Il est aussi possible d'extraire des facteurs statistiques déterminés à partir des corrélations et de les comparer aux dimensions théoriques qui composent le questionnaire (Fortin, 1996). L'analyse en composantes principales est utile lors de la validation d'un instrument de mesure en regard du fait qu'elle permet de procéder à des réductions et ainsi, éliminer de l'instrument les redondances ou encore les éléments qui ne semblent avoir aucun lien avec les autres composantes (U.Q.T.R., nd). L'analyse factorielle tente d'expliquer la variance des données en fonction des items de l'instrument ou en fonction d'un nombre de facteurs déterminés d'avance.

La fidélité d'un instrument de mesure réfère à ses qualités de précision et de constance des résultats qu'il est susceptible d'obtenir. La consistance interne figure parmi les différents moyens d'évaluer la fidélité et correspond à l'homogénéité de l'instrument. L'homogénéité consiste à estimer dans quelle mesure les énoncés sont corrélés les uns aux autres ainsi que dans quelle mesure ils sont unidimensionnels (UQTR, nd). Cette corrélation est estimée à partir de l'alpha de Cronbach. Plus la valeur de l'alpha de Cronbach est près de un, plus la consistance interne est jugée élevée. Pour un nouvel instrument, on accepte un coefficient d'alpha de Cronbach de l'ordre de 0.70 alors que pour un instrument

ayant déjà subi un processus d'évaluation de la consistance externe on souhaite un coefficient de 0.8 et plus (U.Q.T.R., nd).

La validité conceptuelle ou la méthode des groupes de contraste permet de vérifier la capacité des instruments traduits et validés à percevoir des différences entre les sous-groupes et de comparer l'influence d'une variable sur ces mêmes sous-groupes. Cette validité s'effectue à l'aide d'une analyse de variance, soit du test d'ANOVA. Le test d'ANOVA permet de comparer les moyennes de plusieurs sous-groupes selon un critère déterminé afin de déterminer, s'il y a lieu, les différences (Fortin, 1996).

Par ailleurs, les données de l'enquête ont aussi été utilisées afin d'estimer le désir de participation et de tracer un portrait du niveau de pouvoir des étudiantes en soins infirmiers ainsi que de leur perception de l'environnement d'apprentissage clinique dans lequel s'est déroulée leur formation clinique.

Le désir de participation, le pouvoir et la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières ont été mesurés à partir des analyses descriptives des questionnaires, notamment en ce qui concerne le nombre de répondants par rapport au nombre de participantes : la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum. Ces résultats permettront d'évaluer la faisabilité d'une étude ultérieure et ce, à plus grande échelle.

Finalement, l'analyse de corrélation effectuée à l'aide du coefficient de Pearson a permis d'estimer la présence et la force d'une relation entre les deux concepts centraux de cette étude, soit le pouvoir et la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique.

Toutes les analyses statistiques ont été exécutées avec le logiciel SPSS version 11.0.

6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Toutes les participantes ont été informées du but et de la procédure de l'étude par écrit et ont exprimé leur accord en remplissant ou non les questionnaires. Cette étude ne comportait pas plus de risques que ceux impliqués dans leur formation régulière en soins infirmiers. Conformément à la politique des trois conseils (IRSC, CRSNGC et CRSHC, 1998), qui considérait les sujets étudiants comme dépendants ou sous contraintes face au chercheur, un grand soin a été accordé au caractère volontaire du consentement. À cet effet, tous les sujets étaient informés que le refus de participer à cette étude n'affectait en rien le déroulement de leur formation en soins infirmiers et qu'ils pouvaient se retirer à tout moment du processus de recherche. Les questionnaires étaient retournés à une secrétaire de l'Université de Sherbrooke par courrier. Cette dernière s'assurait que l'enveloppe identifiée était détruite avant de la remettre au chercheur. Ce projet a été soumis au comité d'éthique à la recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

7 FORCES ET LIMITES DE CETTE ÉTUDE

La présente étude constitue un premier pas afin de répondre au besoin d'évaluer les environnements d'apprentissage cliniques québécois. Malgré la présence de nombreux questionnaires évaluant le pouvoir et l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières dans différents pays, aucun questionnaire francophone n'a pu être recensé. La traduction et l'évaluation de la validation de contenu d'un questionnaire reposent sur des méthodes structurées, dans ce cas-ci les méthodes de Brislin et de Delphi. Ces méthodes, bien que rigoureuses, font appel au jugement des experts impliqués et ne permettent pas une généralisation des résultats. En regard du fait que la méthode de Delphi utilise un échantillon critérié, sa représentativité ne peut être assurée. De plus, le caractère variable de la démarche utilisée lors de la méthode de Delphi rend plus difficile l'évaluation des qualités du processus (Goodman, 1987; Hasson et al., 2000).

L'enquête ayant pour objectif l'évaluation des qualités psychométriques constitue en soi une étude pilote. En effet, seulement certaines qualités psychométriques ont été évaluées (structure conceptuelle, validité conceptuelle et consistance interne). Une étude ultérieure devra être entreprise pour évaluer d'autres qualités psychométriques telle que la stabilité temporelle. Les résultats descriptifs qui seront rapportés dans le cadre de cette étude n'ont pas de prétention explicative : ils visent à vérifier de façon préliminaire une relation déjà établie de façon qualitative (Hobbs, 1991; Pearson, 1998) entre les concepts de pouvoir et d'environnement. Malgré son efficacité pour tracer le portrait d'un phénomène, elle ne fournit aucune explication ou gradation de l'importance quant aux informations collectées (Fortin, 1996). Un échantillon plus important d'étudiantes en soins infirmiers, provenant d'établissements d'enseignement collégiaux de toute la province, devra être constitué pour démontrer une véritable relation entre le concept de pouvoir et celui de la perception de l'environnement clinique d'apprentissage.

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus au cours de cette étude dont le but consistait à étudier la faisabilité d'une étude de validité de deux questionnaires dont l'un portait sur la perception qu'avaient les étudiantes infirmières de niveau collégial de leur environnement d'apprentissage clinique et l'autre sur le pouvoir. Pour atteindre ce but, il convenait de poursuivre trois sous-objectifs : premièrement, évaluer la validité de contenu des deux questionnaires traduits et adaptés ; deuxièmement, évaluer le taux de réponse des étudiantes infirmières à ce type d'étude; et, troisièmement, évaluer les qualités psychométriques des versions traduites et adaptées des deux questionnaires. À des fins purement exploratoires, des analyses descriptives et corrélationnelles des concepts de pouvoir ainsi que de la perception de l'environnement d'apprentissage clinique ont été tentées.

Ce chapitre est présenté en quatre parties selon les objectifs de recherche. La première partie porte sur la validité de contenu, la deuxième partie présente le taux de réponse des étudiantes infirmières, la troisième partie décrit les qualités psychométriques des deux questionnaires traduits et validés (PKPCT et SECEE) et pour finir, la quatrième partie, traite des données descriptives et comparatives des concepts de pouvoir et de perception d'environnement d'apprentissage clinique.

1. VALIDITÉ DE CONTENU

Une fois les instruments traduits de l'anglais au français à l'aide de la méthode de traduction-rétrotraduction de Brislin (1970) et adaptés aux plans social, culturel, professionnel et pédagogique, les questionnaires ont été soumis à un échantillon d'expertes dans le cadre d'une étude de Delphi afin d'évaluer la validité de contenu.

1.1 Profil des répondantes

L'étude de Delphi s'est déroulée en trois étapes où à chaque fois les mêmes expertes ont été sollicitées : 1) première évaluation; 2) deuxième évaluation et 3) comité d'expertes.

Lors de la première évaluation, 12 expertes des milieux de stage ont accepté de répondre à l'étude de validité de contenu. De ces douze expertes (trois expertes dans chacune des catégories) ayant été sollicitées, sept (7) ont répondu soit deux (2) infirmières chef, une (1) conseillère en formation en centre hospitalier, une (1) coordonnatrice de programme collégial de soins infirmiers et trois (3) enseignantes en soins infirmiers du collège. De plus, des expertes de l'expérience de stage, soit des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ont aussi évalué les questionnaires. Des 20 expertes de l'expérience d'apprentissage clinique qui ont été approchées, huit (8) ont retourné les questionnaires remplis et ont participé au processus de Delphi. Le taux de réponse s'élevait à 58% pour les expertes de l'environnement d'apprentissage clinique et à 40% pour les expertes de l'expérience d'apprentissage.

Des douze (12) expertes de l'environnement d'apprentissage clinique ayant participé à la première évaluation, cinq (5) ont répondu aux questionnaires lors de la deuxième évaluation. Quatre (4) expertes des milieux de stage, soit 33%, ont accepté de répondre à l'étude de validité de contenu : une (1) infirmière chef, deux (2) conseillères en formation en centre hospitalier et une (1) enseignante en soins infirmiers des collèges. Les expertes de l'expérience de l'apprentissage clinique affichaient, quant à elles, un taux de réponse de 11%. En effet, des huit (8) expertes qui avaient retourné le premier questionnaire, six (6) avaient exprimé le désir de poursuivre leur participation à l'étude et une seule a retourné son questionnaire rempli. Considérant le fait que seulement quatre (4) expertes de l'environnement d'apprentissage clinique et une (1) experte de l'expérience de l'apprentissage clinique ont participé à la deuxième évaluation, ces dernières ont aussi été sollicitées pour faire partie du comité d'expertes. Le tableau 2 fait état du nombre et du type d'expertes ayant participé à chacune des trois évaluations.

Tableau 2
Participation à la méthode de Delphi

Catégories	Expertes de l'environnement d'apprentissage clinique (Infirmières-chefs, coordonnatrices, conseillères à la formation, enseignantes)			Expertes de l'expérience d'apprentissage clinique (CEPI)		
	Questionnaires Envoyés	Questionnaires Reçus	Taux	Questionnaires Envoyés	Questionnaires Reçus	Taux
Évaluation 1	12	7	58%	20	8	40%
Évaluation 2	12	4	33%	6	1	11%
Comité d'expertes	4			1		

1.2 Évaluation du SECEE

La validité de contenu a été évaluée par la méthode Delphi qui a permis d'établir un consensus d'expertes quant à la pertinence et à la clarté des énoncés. Trois évaluations ont été nécessaires afin d'obtenir le consensus des expertes.

1.2.1 Première évaluation

Pour le questionnaire sur la perception de l'environnement d'apprentissage clinique, les expertes ont évalué chaque énoncé sur une échelle de 1 à 10 en fonction de deux critères : clarté et pertinence. En regard de l'échelle de Likert dont la valeur «6» correspond à la réponse «Ne peut répondre», l'évaluation des qualités psychométriques s'est déroulée en comptabilisant les résultats des valeurs de 1 à 5.

Chaque énoncé ou dimension devait se situer au-dessus de cette norme de qualité. Ainsi, le caractère pertinent a été évalué avec une moyenne de 8.2 et un écart-type de 2.3 : la norme de qualité est donc de 5.9. Quant au caractère de la clarté, il a obtenu une moyenne de 8.8 et un écart-type de 1.9 : la norme de qualité est de 6.9. Les énoncés n'atteignant pas cette norme ou ayant fait l'objet de commentaires ont été soumis à une deuxième évaluation.

L'énoncé 20 (voir tableau 3) n'ayant pas atteint la norme de qualité quant à la pertinence a été soumis à une deuxième évaluation. Les énoncés 4, 7, 9, 10, 13, 19, 20, 29 et 30 ont fait l'objet de commentaires de la part des expertes : ils ont donc été soumis à une deuxième évaluation quant au critère de pertinence.

Plusieurs énoncés ont aussi dû être soumis à une seconde évaluation pour répondre au critère de clarté. L'énoncé 11 n'avait pas atteint la norme de qualité et les énoncés 6, 7, 10, 14 et 20 ont reçu des commentaires nécessitant des discussions et, pour certains, des modifications.

Le tableau 3 décrit la moyenne obtenue pour chaque énoncé soumis à une deuxième évaluation. Les énoncés écrits en caractères gras n'ont pas atteint la norme de qualité, alors que les énoncés écrits en caractères réguliers ont été soumis à une deuxième évaluation à la suite de commentaires des expertes.

Tableau 3
SECEE : Énoncés soumis à une deuxième évaluation

No	Énoncé	Pertinence	Clarté
	Norme de qualité	5.9	6.9
4	Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes.	7.3	8.5
6	L'enseignante de stage augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où mes habiletés et mon savoir augmentaient.	8.4	8.6
7	Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi de la progression des soins que je prodiguais aux patients.	6.9	8.9
9	Mon enseignante de stage était un modèle de rôle positif pour les infirmières oeuvrant dans cet environnement de stage.	7.3	9.1
10	La charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon expérience d'apprentissage dans cet environnement de stage	7.5	7.5
11	Le délai accordé pour le changement de champ clinique était suffisant pour me permettre de développer les habiletés nécessaires à l'atteinte des objectifs de stage.	6.9	6.7
13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	6.8	9.1
14	Cet environnement d'apprentissage offrait un nombre et une variété de patients suffisants pour mettre en pratique les habiletés développées en classe.	9	8.6
19	Le personnel infirmier de l'unité me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	7.8	8.4
20	Mon expérience clinique a été limitée par un esprit de compétition entre les étudiantes infirmières et les étudiants appartenant à d'autres professions de la santé qui étaient présents dans cet environnement. .	5.2	7.9
29	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribué à chaque enseignante de stage était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des «occasions d'apprentissage» disponibles dans cet environnement de stage.	7.7	9.3

1.2.2 Deuxième évaluation

Malgré le changement effectué à la suite des suggestions formulées à la première évaluation, l'énoncé 20 n'avait toujours pas atteint la norme de qualité quant au critère de pertinence (norme de qualité=5.9). Par conséquent, il a été soumis au comité d'expertes.

Les énoncés 7, 10, 19 et 20 ont fait l'objet de commentaires à la deuxième évaluation et ont donc été soumis à l'évaluation du comité d'expertes.

1.2.3 Comité d'expertes

Quelques énoncés ont dû être soumis à une troisième évaluation effectuée grâce à la participation du comité d'expertes. Seul l'énoncé 20 n'a pas atteint la norme de qualité pour le critère de pertinence. Les autres énoncés ont seulement fait l'objet de recommandations. L'énoncé 7 qui portait sur l'implication des infirmières de l'unité dans l'évaluation des étudiantes a été soumis au comité d'expertes. En effet, les expertes discutaient du niveau d'implication des infirmières soignantes dans l'évaluation des soins dispensés par les étudiantes. Le comité a conclu que les infirmières soignantes n'avaient pas un rôle formel d'évaluation mais qu'elles demeuraient tout de même une source importante de renseignements. L'énoncé a donc été conservé au sein de l'instrument. L'énoncé 10 et l'énoncé 20 ont fait l'objet de discussion concernant sa clarté. Ces deux énoncés étaient négatifs, c'est-à-dire codés de façon inversée, ce qui, selon les expertes, rendait leurs compréhensions difficiles. À la suite d'une discussion avec les auteurs originaux, les énoncés ont été rédigés de façon positive afin d'être codés de façon usuelle. Quant à l'énoncé 19, il a été retiré complètement du questionnaire. Les expertes consultées ont toutes été d'accord sur le fait que c'est à l'enseignante de procéder à la formation des étudiantes. La principale raison évoquée était associée à l'importance de respecter les techniques du collège. Comme les étudiantes effectuent des stages dans divers établissements de santé où les techniques diffèrent parfois, les enseignantes sont les seules à pouvoir accompagner les

étudiantes pour assurer l'uniformité et la constance des techniques pratiquées par les étudiantes. Toutefois, lors des discussions, il a été convenu que si ce questionnaire était adapté pour des étudiantes provenant de l'université, l'énoncé devrait être réintégré.

1.3 Évaluation du PKPCT (Power as knowing participation in change tool)

Le questionnaire du PKPCT a été évalué en regard de sa validité de contenu. Pour ce faire, la méthode de Delphi a été utilisée afin de vérifier le consensus des expertes quant au caractère antonyme des adjectifs de l'échelle sémantique différentielle ainsi que sur la pertinence des quatre dimensions composant le questionnaire.

1.3.1 Première évaluation

Toutes les dimensions composant le concept de pouvoir ont été jugées pertinentes par les expertes avec une moyenne de 8.8 et un écart-type de 1.6 (norme de qualité = 7.2). Le caractère antonyme des adjectifs a été évalué avec une moyenne de 8.5 et un écart-type de 2.3 (Norme de qualité = 6.2). Les qualificatifs « de type évitement » et « de type recherche » ont été soumis à une deuxième évaluation car ils n'ont pas atteints la norme de qualité. Quant aux adjectifs « riche », « affirmée » et « libre » qui ont fait l'objet de suggestions, ils ont aussi été soumis à une évaluation subséquente.

1.3.2 Évaluation 2

À la deuxième évaluation, le chercheur a soumis les adjectifs qui posaient un problème ou qui avaient été proposés par les participants lors de la première évaluation. Les participants devaient faire un «choix» quant aux adjectifs antonymes qui reflétaient mieux le pouvoir. Considérant la participation de cinq (5) expertes, un critère de 80% de concordance brute entre les juges a été appliqué. Pour qu'une proposition de modification soit adoptée, quatre expertes sur cinq devaient avoir donné leur accord.

Lors de la deuxième évaluation, les adjectifs suivants ont été retenus : le qualificatif « de type évitement » (4/5) a été préféré à « imprécis » (1/5), l'adjectif « intéressé » a reçu un vote supérieur (4/5) à « entreprenant » (1/5), l'adjectif « riche » a obtenu la préférence de 4 participantes sur 5 contre « important » (1/5), l'adjectif « libre » fut choisi par 4 participantes sur 5 contre « libérée » (1/5) et, pour finir, l'adjectif « contrainte » a reçu un vote unanime de 5/5. Seul l'adjectif « affirmé », ayant récolté un vote de 3/5, a été soumis au comité d'expertes pour une troisième évaluation.

Le tableau 4 présente les adjectifs antonymes soumis à une deuxième évaluation et les résultats de la concordance d'experts pour chacun de ces énoncés.

Tableau 4
PKPCT : Adjectifs soumis à l'évaluation 2

Adjectifs initiaux	Adjectifs proposés	Accord
De type évitement	De type évitement	4/5
	De type confus	1/5
	De type vague	0/5
	De type imprécis	0/5
De type recherche	De type intéressé	4/5
	De type entreprenant	1/5
	De type recherche	0/5
	De type concerné	0/5
Riche	Riche	4/5
	Important	1/5
	De grande valeur	0/5
	Cher	0/5
	Précieux	0/5
Affirmé	Affirmé	3/5
	Fonceur	2/5
Libre	Libre	4/5
	Libéré	1/5
Contrainte	Contrainte	5/5
	Limité	0/5

1.3.3 Comité d'expertes

Seul l'adjectif « affirmé » a été présenté au comité d'expertes. Après discussion, l'ensemble des expertes (5/5) a finalement décidé que le terme « affirmé » respectait mieux la pensée de Rogers ainsi que l'optique dans lequel Barrett a élaboré son questionnaire.

1.4 Conclusion sur la validité de contenu des instruments

La méthode Delphi a permis d'établir la validité de contenu des deux questionnaires par un consensus d'expertes. Ainsi, le SECEE s'est vu retirer un énoncé, se retrouvant ainsi avec une version de 31 énoncés et de quatre (4) dimensions composant l'instrument original. Quant au PKPCT, il a conservé ses 48 énoncés, regroupés à l'intérieur des quatre (4) dimensions présentées dans le questionnaire original et ayant subi des modifications mineures.

Dans un deuxième temps une enquête a été effectuée afin d'évaluer les qualités psychométriques des deux questionnaires PKPCT et SECEE. De plus, l'enquête a permis d'évaluer l'opinion des étudiantes infirmières quant à leur pouvoir et à leur perception de l'environnement d'apprentissage clinique dans lequel elles ont évolué au cours de leur dernier trimestre. Pour ce faire, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées soit l'analyse factorielle, l'Alpha Cronbach, l'homogénéité, l'ANOVA ainsi que les mesures de fréquences et de tendances centrales.

2. TAUX DE RÉPONSE DES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES LORS DE L'ENQUÊTE

Les questionnaires ont été soumis à 223 étudiantes infirmières de deuxième et de troisième année provenant de trois établissements collégiaux et 95 d'entre elles ont complété et retourné les questionnaires PKPCT et SECEE. Ces étudiantes fréquentaient toutes un établissement d'enseignement collégial situé dans la même région administrative du Québec et étaient associées à des environnements

d'apprentissage clinique possédant des caractéristiques similaires en termes de nombre de lits, de statut (non universitaires et non affiliés universitaires) et de spécialités médicales. Des 223 participants éligibles, 95 ont répondu aux questionnaires. Le taux de réponse total a donc été de 43% et variait, selon les établissements, de 34 à 49% (tableau 5).

Tableau 5

Enquête : Désir de participation des étudiantes en soins infirmiers de 3 collèges aux questionnaires PKPCT et SECEE

Année	Établissement d'enseignement	Envoyés	Reçus	%
2e année	1	40	14	35%
	2	40	23	58%
	3	40	22	55%
3e année	1	43	14	33%
	2	30	11	37%
	3	30	11	37%
Total	1	83	28	34%
	2	70	34	49%
	3	70	33	47%
Grand total		223	95	43%

Les taux de réponse présentés ci-haut ont été obtenus après une relance téléphonique auprès des responsables de programme effectuée deux semaines après la remise des questionnaires.

3. QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Outre la validité de contenu, les autres qualités psychométriques évaluées au cours de cette étude sont la validité de construit, la consistance interne et la validité conceptuelle.

3.1 La validité de construit

La validité de construit a été évaluée pour chacun des instruments de mesure par la méthode de l'analyse factorielle en composantes principales, réalisée à partir des corrélations entre items et après rotation orthogonale (varimax) des données de la totalité de l'échantillon.

3.1.1 SECEE

Dans la phase d'analyse en composantes principales de l'analyse factorielle, on constate qu'un seul facteur explique 33.2% de la variance totale (tableau 6). Le pourcentage de variance décroît de la première à la 31e composante. Seulement les huit premiers facteurs ont obtenu un critère de Kaiser de plus de 1.0 unité et expliquent ensemble 71.4% de la variance totale. Après rotation varimax, huit nouveaux facteurs sont proposés. Le premier facteur explique 19.4% de la variance totale et le dernier facteur 4.5% pour une variance totale de 71.4%.

Tableau 6

Analyse factorielle : Variance expliquée

Facteurs	Eigenvalue initiale		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	10.3	33.2	33.1
2	3.4	11.1	44.3
3	1.8	5.9	50.2
4	1.7	5.4	55.6
5	1.5	4.9	60.5
6	1.4	4.4	64.9
7	1.0	3.3	68.2
8	1.0	3.2	71.4
	Après rotation varimax		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	6.0	19.4	19.4
2	5.3	17.1	36.5
3	2.2	7.0	43.6
4	2.1	6.7	50.2
5	1.9	6.0	56.2
6	1.7	5.4	61.6
7	1.6	5.3	66.9
8	1.4	4.5	71.4

Une analyse factorielle en composantes principales avec rotation varimax a été effectuée avec une contrainte d'extraire au maximum quatre facteurs. Les quatre facteurs expliquent respectivement 18.2%, 18.0%, 12.0% et 7.4% pour atteindre une variance totale de 55.6% (tableau 7).

Tableau 7

SECEE : Variance expliquée après contrainte de 4 facteurs

Facteurs	Eigenvalue initiale		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	10.3	33.2	33.2
2	3.4	11.1	44.3
3	1.8	5.9	50.2
4	1.7	5.4	55.6
	Après rotation varimax		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	5.6	18.2	18.2
2	5.6	18.0	36.1
3	3.7	12.0	48.2
4	2.3	7.4	55.6

Comme le SECEE est accompagné d'une procédure permettant de calculer le score des quatre (4) dimensions, celles-ci sont comparées aux facteurs extraits à partir de l'analyse factorielle (tableau 8). Le questionnaire SECEE considéré dans son ensemble corrèle de façon significative ou hautement significative avec les quatre facteurs extraits par l'analyse en composantes principales. On constate que le premier facteur ainsi que le deuxième facteur extrait par l'analyse factorielle corréleront de façon hautement significative avec les quatre dimensions du questionnaire SECEE. Le troisième facteur est corrélé de façon significative ou hautement significative avec les quatre dimensions du questionnaire SECEE. Le quatrième facteur corrèle de façon significative la dimension de la «communication et du retour d'information» ainsi que la dimension «occasions d'apprentissage» de façon hautement significative.

Malgré la corrélation de la plupart des dimensions avec les facteurs obtenus par analyse factorielle, on remarque que le premier facteur est davantage corrélé avec la dimension «communication et retour d'informations», le deuxième facteur est davantage corrélé avec le «soutien à l'apprentissage» et pour finir, le troisième facteur ainsi que le quatrième facteur sont davantage corrélés avec la «dimension occasion et d'apprentissage». La dimension «atmosphère de l'unité» n'est pas corrélée d'une façon dominante avec un des quatre facteurs.

Tableau 8

Analyse factorielle SECEE : Corrélation entre les dimensions du SECEE et les facteurs extraits

Facteurs extraits	communication et retour d'informations	occasions d'apprentissage	soutien à l'apprentissage	atmosphère de l'unité	SECEE
1	0.587**	0.401**	0.586**	0.380**	0.557**
2	0.613**	0.405**	0.627**	0.626**	0.629**
3	0.395**	0.668**	0.272*	0.324**	0.476**
4	0.247*	0.333**	0.086 <i>ns</i>	0.151 <i>ns</i>	0.248*

Légende : *

+! * $p \leq 0.05$

+! ** $p \leq 0.01$

+! *ns* non-significatif

Le KMO est un indicateur sérieux de l'adéquation de la solution factorielle. Il indique jusqu'à quel point les variables retenues forment un ensemble cohérent et permettent de mesurer adéquatement le concept à l'étude. Le KMO reflète, d'une part, les corrélations entre les variables et, d'autre part, l'unicité de l'apport de chaque variable. Le KMO du questionnaire SECEE est considéré méritoire puisqu'il se situe en haut de 0,8, soit à 0,801.

3.1.2 PKPCT

Dans la phase d'analyse en composantes principales de l'analyse factorielle, on constate qu'un seul facteur explique 39,4% de la variance totale (tableau 9). Le pourcentage de variance décroît de la première à la 48e composante. Seulement les onze premiers facteurs ont obtenu un critère de Kaiser de plus de 1.0 unité et expliquent 73,9% de la variance totale. Après rotation varimax, huit nouveaux facteurs sont proposés. Le premier facteur explique 14.9% de la variance totale et le dernier facteur 3,1% pour une variance totale de 74.0%.

Tableau 9
Analyse factorielle PKPCT : Variance expliquée

Facteurs	Eigenvalue initiale		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	18,9	39,4	39,4
2	3,1	6,4	45,8
3	2,7	5,5	51,3
4	1,7	3,6	54,9
5	1,6	3,4	58,3
6	1,5	3,1	61,5
7	1,4	2,8	64,3
8	1,3	2,6	66,9
9	1,2	2,5	69,4
10	1,1	2,3	71,7
11	1,1	2,2	73,9
	Après rotation varimax		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	7,1	14,9	14,9
2	6,1	12,8	27,6
3	3,4	7,0	34,6
4	3,3	6,9	41,5
5	2,7	5,7	47,2
6	2,7	5,6	52,8
7	2,5	5,1	57,9
8	2,4	5,0	62,9
9	2,0	4,2	67,1
10	1,8	3,8	70,9
11	1,5	3,1	

Une analyse factorielle en composantes principales a été effectuée avec une contrainte d'extraire au maximum quatre facteurs. Les quatre facteurs expliquent respectivement 19.2%, 16.0%, 11.8% et 8.0% de la variance totale pour un total de 54,9%. Une corrélation a été effectuée entre les dimensions initiales de l'instrument et les facteurs extraits (tableau 10).

Tableau 10

PKPCT : Variance expliquée après contrainte de 4 facteurs

Facteurs	Eigenvalue initiale		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	18,9	39,4	39,4
2	3,1	6,4	45,8
3	2,6	5,5	51,3
4	1,7	3,6	54,9
	Après rotation varimax		
	Total	% de variance expliquée	% de variance cumulative
1	9,2	19,2	19,2
2	7,7	16,0	35,2
3	5,6	11,8	46,9
4	3,8	8,0	54,9

Comme le PKPCT est accompagné d'une procédure permettant de calculer le score des quatre (4) dimensions, celles-ci sont comparées aux facteurs extraits à partir de l'analyse factorielle (tableau 11). Le questionnaire PKPCT considéré dans son ensemble corrèle de façon significative ou hautement significative les quatre facteurs extraits par l'analyse en composantes principales. On constate que les trois premiers facteurs extraits par l'analyse factorielle corrélaient de façon

hautement significative avec les quatre dimensions du questionnaire PKPCT. Le troisième facteur est corrélé de façon significative ou hautement significative avec les quatre dimensions du questionnaire PKPCT. Le quatrième facteur corrèle de façon hautement significative avec les dimensions «conscience» et «engagement».

Malgré la corrélation de la plupart des dimensions avec les facteurs obtenus par analyse factorielle, on remarque que le premier facteur est davantage corrélé avec la dimension «choix», le deuxième ainsi que le troisième facteur sont davantage corrélés avec «l'engagement» et pour finir, le quatrième facteur est davantage corrélé avec la dimension «conscience».

Tableau 11

Analyse factorielle : Corrélations entre les dimensions du PKPCT et les facteurs extraits

Facteurs extraits		conscience	choix	liberté	engagement	PKPCT
1		0,465**	0,786**	0,632**	0,344**	0,608**
2		0,416**	0,373**	0,526**	0,658**	0,542**
3		0,405**	0,379**	0,469**	0,521**	0,486**
4		0,576**	0,147 <i>ns</i>	0,143 <i>ns</i>	0,319**	0,314**

Légende : *

+! * $p \leq 0.05$

+! ** $p \leq 0.01$

+! *ns* non-significatif

L'analyse factorielle du PKPCT révèle un KMO de 0.804. Un KMO plus grand que 0.8 est considéré méritoire.

3.1.3 Conclusion sur les analyses factorielles

L'analyse factorielle effectuée sur les deux questionnaires, soit le SECÉE et le PKPCT, permet de conclure à une validité de construit acceptable. Toutefois, la corrélation, effectuée entre les facteurs extraits par analyse factorielle et les dimensions théoriques des deux instruments, permet de soulever l'hypothèse que

tant le concept de la perception de l'environnement d'apprentissage clinique que du pouvoir pourraient être décrits à l'aide de trois dimensions.

3.2 Consistance interne

L'analyse de consistance interne des instruments a été effectuée à l'aide du test de l'alpha de Cronbach. L'alpha de Cronbach a été calculé pour chacune des dimensions des instruments, pour chaque sous-groupe (par année ou collège) et par établissement d'enseignement.

3.2.1 SECEE

Les résultats des coefficients d'alpha Cronbach sont variables pour l'instrument portant sur la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique, soit le SECEE (tableau 12). Aucun questionnaire n'a été rejeté mais seulement 80 questionnaires étaient complets. Le coefficient alpha Cronbach obtenu se situait entre -1.26 à 0.93 selon les années et les dimensions de l'instrument. Toutefois, les résultats de l'alpha Cronbach sont davantage constants et acceptables d'un sous-groupe à l'autre et pour l'instrument considéré dans sa globalité (score total des 31 items) soit de 0.50 à 0.91. L'instrument obtient un coefficient d'alpha Cronbach de 0.87, toutes écoles et toutes dimensions incluses, démontrant ainsi une consistance interne acceptable. Le tableau 12 présente le coefficient d'alpha de Cronbach obtenu pour le questionnaire SECEE selon chaque sous-groupe (par année ou collège).

Tableau 12
SECEE : Alpha de Cronbach

École	Année	n	Comm et retour info	Occ. App.	Soutien app.	Atmos. unité	Instrument Entier SECEE
1	2e	12	0.93	0.83	0.73	0.75	0.91
	3e	11	0.72	0.68	0.74	0.74	0.80
2	2e	21	0.88	0.71	0.71	0.66	0.87
	3e	9	0.93	0.67	0.51	-1.26	0.56
3	2e	20	0.67	0.61	0.50	0.00	0.69
	3e	7	0.45	0.20	0.65	0.42	0.81
Toutes	Toutes	80	0.87	0.74	0.68	0.50	0.87

3.2.2 PKPCT

Le résultat des coefficients d'alpha Cronbach est très acceptable pour l'instrument portant sur le pouvoir, soit le PKPCT (tableau 13). En effet, le coefficient alpha Cronbach se situe entre 0.70 à 0.95 à travers les années et les cinq dimensions de l'instrument. Les résultats de l'alpha Cronbach sont aussi excellents pour l'instrument considéré dans sa globalité (toutes dimensions incluses) soit de 0.93 à 0.97. L'instrument obtient un coefficient d'alpha Cronbach de 0.95, toutes écoles et toutes dimensions incluses, démontrant ainsi une consistance interne très élevée. Toutefois, le fait que le coefficient d'alpha Cronbach obtenu a une valeur très près de 1.0 démontre d'une part, la cohérence interne de l'instrument mais soulève aussi d'autre part, l'hypothèse de la possibilité d'une certaine redondance entre les énoncés.

Le tableau 13 présente les résultats d'alpha Cronbach obtenus pour le questionnaire PKPCT.

Tableau 13
Alpha de Cronbach pour le PKPCT

École	Année	N	conscience	choix	liberté	engagement	PKPCT
1	2e	14	0.77	0.89	0.88	0.81	0.95
	3e	14	0.84	0.92	0.88	0.95	0.97
2	2e	23	0.79	0.83	0.77	0.81	0.93
	3e	11	0.87	0.90	0.93	0.91	0.97
3	2e	22	0.74	0.84	0.87	0.86	0.95
	3e	11	0.73	0.80	0.70	0.88	0.93
toutes	toutes	95	0.79	0.88	0.86	0.89	0.95

L'étude de la cohérence interne effectuée permet de conclure à la cohérence interne des deux questionnaires considérés dans leur globalité. Toutefois, la cohérence interne évaluée de façon isolée selon chacune des dimensions et chacun des sous-groupes suscite un questionnement.

3.3 Validité discriminante

Le test d'homogénéité des variances (test de Bartlett) et l'ANOVA ont été réalisés pour vérifier s'il existe des différences entre les groupes formant l'échantillon.

3.3.1 Équivalence des groupes formant l'échantillon : Les résultats du test d'homogénéité révèlent qu'il existe une différence significative entre les variances des résultats des collèges sur les deux instruments considérés globalement (toutes dimensions incluses). La dimension «communication et retour d'informations» du questionnaire SECEE démontre des différences significatives entre les variances selon les trois établissements. Le tableau 14 présente les résultats d'homogénéité des variances selon les trois établissements pour le questionnaire SECEE.

Tableau 14
Homogénéité des variances entre établissements : SECEE

Dimensions	P	Décision
atmosphère de l'unité de soins	0.054	ns
communication et retour d'informations	0.032	*
occasions d'apprendre	0.158	ns
soutien à l'apprentissage	0.229	ns
SECEE entier	0.021	*

Légende : *

‡! * $p \leq 0.05$

‡! ** $p \leq 0.01$

‡! ns non-significatif

Le PKPCT démontre, quant à lui, des différences significatives concernant les variances au niveau de deux dimensions : «choix» et «liberté». Le tableau 15 présente les résultats d'homogénéité des variances selon les trois établissements pour le questionnaire PKPCT.

Tableau 15
Homogénéité des variances entre établissements : PKPCT

Dimensions	P	Décision
conscience	0.070	ns
choix	0.018	*
liberté	0.040	*
engagement	0.175	ns
PKPCT entier	0.029	*

Légende : *

‡! * $p \leq 0.05$

‡! ** $p \leq 0.01$

‡! ns non-significatif

3.3.2 Comparaison de moyennes

Un test de comparaison de moyennes a été effectué dans le but de vérifier s'il existe des différences significatives pour le pouvoir et la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières selon les différents collèges. Le test statistique d'analyse de variance (ANOVA) a été utilisé. La normalité et l'équivalence des données ont été vérifiées.

Le test d'ANOVA effectué à partir du SECEE (tableau 16) démontre que la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique varie d'une façon significative entre les différents établissements d'enseignement pour trois dimensions sur quatre, soit «communication et retour d'informations», «occasions d'apprentissage» et «soutien à l'apprentissage» ainsi que pour l'instrument pris dans son ensemble.

Tableau 16
Résultats du test d'ANOVA pour le SECEE

Dimensions	n	Df between groups	DF within groups	F	P	Décision
atmosphère de l'unité	85	2	82	2.489	0.089	ns
comm et retour d'informations	85	2	82	3.252	0.044	*
occasions d'apprentissage	85	2	82	4.698	0.012	*
soutien à l'apprentissage	85	2	82	4.176	0.019	*
SECEE	80	2	77	3.675	0.030	*

Légende : *

+! * $p \leq 0.05$

+! ** $p \leq 0.01$

+! *ns* non-significatif

Le test d'ANOVA portant sur le PKPCT (tableau 17) démontre que le pouvoir varie de façon significative entre les différents établissements d'enseignement, tout comme les dimensions «liberté» et «engagement». Il n'y a pas de différence significative dans la façon dont les étudiantes des différents collèges ont évalué les autres dimensions.

Tableau 17
Résultats test d'ANOVA pour le PKPCT

Dimensions	N	Df between groups	DF within groups	F	p	Décision
conscience	90	2	87	2.779	0.068	ns
choix	94	2	91	2.459	0.091	ns
liberté	92	2	89	5.531	0.005	*
engagement	92	2	89	3.770	0.027	*
PKPCT	85	2	82	5.219	0.007	*

Légende : *

+! * $p \leq 0.05$

+! ** $p \leq 0.01$

+! *ns* non-significatif

4. POUVOIR ET PERCEPTION QU'ONT LES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES DE LEUR ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE CLINIQUE.

Les résultats obtenus quant à la validité de contenu et aux qualités psychométriques des instruments de mesure permettent, d'une façon exploratoire, d'effectuer des analyses descriptives. Dans un premier temps, des analyses descriptives, c'est-à-dire de fréquences et de tendance centrale, ont été effectuées afin de tracer un portrait du pouvoir et de la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique. Dans un deuxième temps, des analyses descriptives corrélationnelles ont été effectuées dans le but d'explorer la présence d'une possible relation entre le pouvoir et la perception de l'environnement d'apprentissage clinique.

4.1 Perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes en soins infirmiers québécoises (SECEE)

Les étudiantes infirmières (n=80) de deuxième et troisième année collégiale qui ont répondu au questionnaire SECEE ont obtenu un résultat moyen de 132.9 (écart-type de 14.2), avec un résultat minimum de 86.0 (sur un minimum de 31.0) et un résultat maximum de 154.0 (sur un maximum de 155.0) (tableau 18). Des analyses descriptives furent réalisées pour chacune des dimensions composant l'instrument (tableau 18). Le résultat moyen pour la dimension de la «communication et du retour d'informations» (n=85) était de 46.7 (possibilité de 55) avec un écart-type de 6.1. La dimension portant sur le «soutien à l'apprentissage» (n=85) a obtenu une moyenne de 26.8 (possibilité de 30) avec un écart-type de 2.6. Quant à la dimension portant sur les «occasions d'apprentissage» (n=88), les étudiantes infirmières ont répondu avec une moyenne de 34.4 (possibilité de 40) et un écart-type de 3.9. Enfin, les étudiantes ont évalué la dimension de l'«atmosphère de l'unité» de soin (n=85) avec un résultat moyen de 25.0 (possibilité de 30) et un écart-type de 3.0.

Les étudiantes des établissements un (1) et deux (2) d'enseignement percevaient leur environnement d'apprentissage clinique d'une façon légèrement plus positive que les étudiantes provenant de l'établissement d'enseignement trois (3) et ce, dans chacune des quatre dimensions.

Le tableau 18 présente les données descriptives qui illustrent la façon dont les étudiantes infirmières québécoises perçoivent leur environnement d'apprentissage clinique.

Tableau 18
Perception qu'ont les étudiantes infirmières québécoises de leur environnement d'apprentissage clinique.

Dimensions	École	N	Moyenne	Écart-type	Min.	Max
SECEE	1	23	135.4	18.1		
	2	30	136.1	14.0		
	3	27	127.1	7.9		
	Total	80	132.9	14.17	86.0	154.0
Communication et retour d'informations	1	26	47.6	7.2		
	2	31	48.1	6.6		
	3	28	44.4	3.5		
	Total	85	46.7	6.1	24.0	55.0
Soutien à l'apprentissage	1	24	27.2	2.9		
	2	31	27.5	2.5		
	3	30	25.8	2.1		
	Total	85	26.8	2.6	20.0	30
occasions d'apprentissage	1	27	35.1	4.4		
	2	31	35.3	3.9		
	3	30	32.7	2.8		
	Total	85	34.4	3.9	22.0	44.0
atmosphère de l'unité	1	25	25.4	4.0		
	2	31	25.6	2.5		
	3	29	24.0	2.4		
	Total	85	25.0	3.0	14.0	30.0

4.2 Pouvoir (PKPCT)

Les étudiantes infirmières de deuxième et de troisième année (n=85) ont obtenu un résultat moyen de 272.3 (écart-type de 29.2) sur le PKPCT, avec un résultat

minimum de 182 (minimum possible : 48) et un résultat maximum de 335 sur une possibilité de 336. Pour chacune des dimensions composant le questionnaire, le minimum possible était 12 alors que le maximum possible était 84. Le résultat moyen pour la dimension «conscience» (n=90) a été de 68,2 avec un écart-type de 7.2. La dimension «choix» (n=94) a obtenu une moyenne de 68.3 avec un écart-type de 8,3. Quant à la dimension de la « liberté» (n=92), les étudiantes infirmières ont répondu avec une moyenne de 68.8 et un écart-type de 7.9. Pour finir, les étudiantes ont évalué leur «engagement» (n=92) avec un résultat moyen de 67.7 (écart-type de 8.4).

Les étudiantes des établissements d'enseignement un (1) et deux (2) (n=42) ont évalué leur pouvoir en général de façon légèrement supérieure à l'établissement trois (3). De plus, les étudiantes des établissements d'enseignement un (1) et deux (2) ont aussi présenté des résultats légèrement plus élevés dans chacune des dimensions du pouvoir.

Le tableau 19 décrit les données descriptives qui illustrent le pouvoir des étudiantes infirmières de trois collèges québécois.

Tableau 19
Analyse descriptive du pouvoir chez les étudiantes infirmières provenant de trois établissements d'enseignement québécois.

Dimensions	École	N	Moyenne	Écart- type	Min.	Max
PKPCT	1	24	275,5	36,2		
	2	29	284,8	28,0		
	3	32	261,9	19,3		
	Total	85	273,5	29,2	182,0	335,0
conscience	1	25	68,7	8,4		
	2	32	70,0	7,6		
	3	33	66,0	5,1		
	Total	90	68,2	7,2	50,0	84,0
choix	1	28	68,7	11,0		
	2	34	70,4	7,9		
	3	32	66,0	5,3		
	Total	94	68,3	8,3	37,0	84,0
liberté	1	28	69,5	9,6		
	2	32	71,6	7,0		
	3	32	65,5	5,7		
	Total	92	68,8	7,9	48,0	84,0
engagement	1	26	68,1	10,0		
	2	33	70,2	8,2		
	3	33	64,8	6,3		
	Total	92	67,7	8,4	38,0	84,0

4.3 Conclusion sur les données descriptives associées à l'évaluation de la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et du pouvoir

Les données présentées aux sections 3.1 et 3.2 démontrent que les étudiantes infirmières québécoises provenant des trois établissements collégiaux où s'est déroulée l'étude perçoivent d'une façon positive, tant leur environnement d'apprentissage clinique que leur pouvoir. En effet, on constate que les étudiantes infirmières ont répondu aux énoncés avec une moyenne globale pour tout l'instrument de 4.3/ 5 pour le SECEE et 5.7/7 pour le PKPCT.

4.4 Relation entre le pouvoir (PKPCT) et la perception de l'environnement d'apprentissage clinique (SECEE) d'étudiantes infirmières québécoises de niveau collégial

Une analyse de corrélation a été effectuée entre les données du PKPCT et celles du SECEE pour vérifier l'existence d'une relation entre le pouvoir et la perception d'environnement d'apprentissage clinique. Les résultats (voir tableau 20) démontrent qu'il existe une relation hautement significative (0.375^{**}) entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières (résultats du SECEE) et le pouvoir (résultats du PKPCT). De plus, les dimensions du pouvoir (PKPCT) sont toutes corrélées de façon significative ou hautement significative avec le SECEE considéré dans sa globalité. Quant aux dimensions de la perception de l'environnement d'apprentissage clinique (SECEE), elles sont toutes corrélées de façon significative ou hautement significative avec le PKPCT considéré dans sa globalité. La plupart des dimensions composant les deux instruments sont corrélées entre elles de façon significative ou hautement significative à l'exception de la dimension «atmosphère de l'unité» (SECEE) qui n'est pas corrélée de façon significative avec les dimensions «conscience» (PKPCT) et «engagement» (PKPCT).

Le tableau 20 illustrera la corrélation qui existe entre les deux instruments de mesure soit le PKPCT et le SECEE ainsi qu'avec leurs dimensions.

Tableau 20
Relation entre le pouvoir et la perception de l'environnement d'apprentissage clinique par la corrélation de Pearson

n=80	PKPCT	conscience	choix	liberté	engagement
SECEE	0.375**	0.298**	0.383**	0.381**	0.273*
Communication et retour d'information	0.369**	0.314**	0.386**	0.370**	0.245*
Occasion d'apprentissage	0.345**	0.243*	0.329**	0.349**	0.306**
Soutien aux étudiants	0.326**	0.262*	0.308**	0.337**	0.268*
«atmosphère de l'unité»	0.275*	0.194 <i>ns</i>	0.307**	0.323**	0.175 <i>ns</i>

Légende : *

‡! * $p \leq 0.05$

‡! ** $p \leq 0.01$

‡! *ns* non-significatif

4.5 Conclusion sur la relation entre la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique et leur pouvoir

Ces premières analyses démontrent qu'il existe une relation hautement significative entre la perception de l'environnement d'apprentissage et le pouvoir chez les étudiantes infirmières québécoises. Toutefois, il est important de considérer que ces résultats ont été obtenus dans le cadre d'une première étude et ce, avec des questionnaires traduits et adaptés en processus de validation.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION, CONCLUSION, IMPLICATION, ET RECOMMANDATIONS

Cette étude poursuivait le but d'évaluer la faisabilité d'une étude portant sur la relation entre la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement clinique d'apprentissage et leur sentiment de pouvoir.

Toutefois, afin de permettre l'atteinte de ce but, l'étude devait atteindre ces trois objectifs : 1) évaluer les qualités psychométriques de deux instruments de mesure traduits et adaptés dont l'un mesure la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique (SECEE) et l'autre le pouvoir (PKPCT) auprès des étudiantes infirmières québécoises; 2) estimer le taux de réponse potentiel des étudiantes infirmières québécoises; 3) évaluer de façon exploratoire la présence d'une possible relation entre les concepts de perception de l'environnement d'apprentissage clinique et de pouvoir.

Ce dernier chapitre propose une discussion des résultats qui permet de les expliquer en fonction des objectifs établis dans le cadre de cette recherche. De plus, les forces, les limites ainsi que les faiblesses de l'étude y sont présentées. Pour finir, tout en énumérant les retombées de l'étude au plan de la pratique, de l'enseignement et de la recherche, quelques recommandations sont suggérées dans le but de faciliter la poursuite d'études ultérieures portant sur la perception et le pouvoir des étudiantes infirmières québécoise.

1. QUALITÉS PSYCHOMÉTIQUES DES INSTRUMENTS

Cette partie de l'étude avait pour objectif d'évaluer les qualités psychométriques de deux instruments traduits en langue française et adaptés à la réalité québécoise dont le premier, le PKPCT, portait sur le pouvoir et le deuxième, le SECEE, évaluait la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique. Cette étude s'est déroulée en deux étapes dont la première était une étude de validité de contenu à partir de la

méthode de Delphi et dont la deuxième, une enquête avait pour objectif d'évaluer les qualités psychométriques des deux instruments.

1.1 Validité de contenu du PKPCT et du SECEE

Une adaptation des questionnaires a été nécessaire en regard du vocabulaire et des caractéristiques pédagogiques, culturelles, sociales et professionnelles associées à la réalité québécoise. Les quatre étapes de la méthode de Brislin (1970) ont été effectuées avec précision et la traduction ainsi que la rétro-traduction ont été effectuées par deux personnes différentes pour s'assurer de l'objectivité du processus. Les auteurs des questionnaires originaux ont été consultés tout au long du processus tel que suggéré par Delmas, Escobar et Duquette (2001) afin de favoriser l'équivalence sémantique et conceptuelle des instruments de mesure. La validité de contenu pour le questionnaire PKPCT a été effectuée à partir des critères «caractère antonyme des adjectifs» et «pertinence» des dimensions pour l'évaluation du pouvoir. Quant à la validité de contenu du SECEE, elle a été évaluée à partir des critères de clarté et de pertinence des énoncés.

Chaque questionnaire a représenté un défi bien particulier au cours de cette étude. Le PKPCT a, quant à lui, représenté un défi au plan linguistique. En effet, le vocabulaire utilisé dans ce questionnaire était abstrait comme ont pu en témoigner les CEPIs ayant participé à la présente étude tout comme les étudiantes en soins infirmiers américaines ayant utilisé le questionnaire dans le cadre d'une étude antérieure (Hobbs, 1991). Quant au SECEE, la réalité pédagogique unique des étudiantes en soins infirmiers québécoises a nécessité plusieurs adaptations au niveau de ce questionnaire. Pour assurer l'équivalence expérientielle, les chercheurs ont dû consulter à plusieurs reprises des enseignantes en soins infirmiers lors du processus d'adaptation et ce, avant même d'avoir soumis les questionnaires au processus de Delphi.

Afin d'évaluer la validité de contenu des questionnaires traduits et adaptés, il était nécessaire de se remettre au jugement d'experts. La méthode de Delphi s'est avérée un excellent outil pour la consultation d'experts car elle servait de cadre méthodologique pour le chercheur en apportant une structure tant à la collecte qu'à l'analyse des données ainsi qu'à la compréhension des résultats (Hasson et al., 2000). L'étude de validation de contenu de la présente étude s'est déroulée de façon similaire aux études antérieures portant sur la création de questionnaires évaluant la perception des étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique (Dunn et Burnett, 1995; Dunn et Hansford, 1997; Sand-Jecklin, 2000). En effet, toutes ces études ont utilisé la consultation d'experts afin d'assurer la validité de contenu des questionnaires. Toutefois, aucune de ces études ne fait part d'un cadre méthodologique particulier pour l'étude de validité de contenu comme ce fût le cas de la présente étude où la méthode de Delphi a été utilisée.

Le consensus d'experts a pu être atteint au cours des trois évaluations et ce, pour les deux questionnaires. Toutefois, au cours du processus de Delphi, quelques modifications ont été apportées au questionnaire SECEE afin qu'il reflète davantage la réalité des étudiantes infirmières de niveau collégial du Québec selon l'opinion des experts consultés. Ces modifications portaient principalement sur trois points soit la relation entre les étudiantes infirmières et le personnel soignant, la relation entre le personnel soignant et les autres étudiants provenant de d'autres disciplines, ainsi que l'implication du personnel soignant dans la formation des étudiantes. Suite au processus de Delphi, le questionnaire SECEE a pu être adapté à la réalité des étudiantes infirmières québécoises de niveau collégial. Toutefois, ce questionnaire ne pourrait pas être utilisé auprès des étudiantes infirmières québécoises de niveau universitaire en regard de la structure d'enseignement clinique fort différente du programme.

Le processus d'évaluation de la validité de contenu s'est bien déroulé et a permis d'atteindre un consensus chez les experts quant aux critères de pertinence et de

clarté pour les énoncés et les dimensions composant les deux questionnaires. La méthode de Delphi a constitué un choix judicieux pour évaluer le consensus des experts en regard de sa convivialité, facilitant ainsi le travail de la candidate.

1.2 Autres qualités psychométriques

Malgré la présence d'études passées ayant démontré les qualités psychométriques des instruments de mesures : le SECEE et le PKPCT, la traduction et l'adaptation des questionnaires risquaient d'affecter leurs validités et leurs fidélités (Fortin, 1996). Une enquête a été effectuée afin d'évaluer les qualités psychométriques des instruments. Ainsi, des analyses visant à démontrer la validité de construit, la cohérence interne et la validité discriminante des deux questionnaires auto-administrés (SECEE et PKPCT) ont été effectuées.

1.2.1 SECEE

Le SECEE soit le Student Evaluation of Clinical Environment Education (Sand-Jecklin, 2000) est un questionnaire américain évaluant la perception qu'ont les étudiantes infirmières de leur environnement d'apprentissage clinique. Ce questionnaire est composé de quatre dimensions soit la «communication et le retour d'informations», les «occasions d'apprentissage», le «soutien à l'apprentissage» et l'«atmosphère de l'unité» de soins à l'intérieur desquelles sont distribués 32 énoncés. Toutefois, la version traduite et adaptée n'est constituée que de 31 énoncés. Un des énoncés ayant été retiré en regard de son absence de pertinence dans la réalité québécoise.

La présente étude a évalué les qualités psychométriques du questionnaire qui ont pu être altérées en regard de sa traduction et de son adaptation expérientielle (Fortin, 1998).

Validité de construit

La validité de construit porte sur la relation entre la structure théorique ou les concepts théoriques qui composent l'instrument de mesure et leur opérationnalisation (Contandriopoulos, Champagne, Denis et Boyle, 2005). Plusieurs méthodes permettent d'évaluer la validité de construit dont la méthode par analyse factorielle et l'indice KMO.

La méthode de l'analyse factorielle permet dans un premier temps d'évaluer la corrélation entre les énoncés de l'instrument et dans un deuxième temps d'effectuer une réduction statistique qui regroupe les énoncés de l'instrument en un nombre de facteurs déterminés statistiquement selon le critère de Kaiser ou déterminés par le chercheur (mode de contrainte) (UQTR, nd). Il est possible par la suite de comparer ces facteurs extraits statistiquement aux dimensions suggérées par les instruments originaux.

Le KMO est un indicateur qui permet d'évaluer deux éléments soit les corrélations entre les variables et l'unicité de l'apport de chaque variable (UQTR, nd). Ainsi, plus le résultat du KMO est élevé, plus on est en mesure de croire que les énoncés sont liés les uns aux autres et qu'ils apportent quelque chose d'unique à l'instrument.

Afin d'évaluer la structure conceptuelle du questionnaire SECEE, une analyse factorielle en composantes principales a été effectuée. Après rotation varimax et contrainte de quatre facteurs, on a constaté que 55.6% de la variance totale était expliquée lors de l'analyse factorielle. Le pourcentage de variance souhaitée est de 60% (UQTR, nd). Toutefois, en regard de la difficulté à atteindre ce seuil d'une première évaluation de la validité de construit (UQTR, nd), le pourcentage de variance expliqué par les quatre facteurs de la présente étude est donc fort acceptable (55.6%) puisqu'il s'approche du seuil idéal (60%). Ce résultat est comparable à celui obtenu dans le cadre de la validation de d'autres instruments comme CLES dont les cinq (5) dimensions du questionnaire ont expliqué 59% de

la variance lors de l'analyse factorielle (Saarikoski, Isoaho, Leino-Kilpi et Warne, 2005).

Une corrélation entre les facteurs extraits par analyse factorielle et les dimensions théoriques a été effectuée pour évaluer leurs similitudes. Le premier facteur corrélait davantage la dimension «communication et retour d'information». Le deuxième facteur corrélait de façon dominante la dimension de «soutien à l'apprentissage». Quant aux deux derniers facteurs, ils corrélaient la dimension «occasion d'apprentissage». Aucun facteur ne corrélait de façon dominante la dimension «atmosphère de l'unité».

La valeur du KMO pour le SECEE était de 0,801 (un indice KMO plus grand que 0,8 est méritoire). Plus l'indice KMO est élevé, plus il y a lieu de croire que la structure conceptuelle de l'instrument de mesure est juste.

Bien que l'analyse factorielle par composantes principales suscite des questions quant à la structure conceptuelle du questionnaire, surtout en regard d'une possible colinéarité à l'intérieur de l'instrument. L'indice KMO confirme la structure conceptuelle du questionnaire. Comme l'étude de Sand-Jecklin sur le SECEE n'a pas inclus une analyse factorielle, une communication avec l'auteur de l'instrument, Kari Sand-Jecklin, s'est avérée nécessaire. Cette dernière ayant effectué une re-validation récente du questionnaire SECEE, elle a retravaillé la structure conceptuelle. À cet effet, la dimension «atmosphère de l'unité» a été retirée du questionnaire, certains énoncés ont été retirés et d'autres reclassés. Cet instrument présente donc une validité de construit acceptable en regard de l'analyse factorielle et de l'indice KMO élevé qui confirme la structure conceptuelle. Toutefois, il convient de se montrer prudent en regard des questionnements que pose la dimension «atmosphère de l'unité».

Cohérence interne

La consistance interne est l'un des indicateurs de la fidélité d'un instrument de mesure et elle réfère tant à la capacité de ce dernier à mesurer un seul concept qu'à la corrélation qui existe entre les énoncés qui le composent. Le coefficient de l'alpha de Cronbach qui mesure la consistance interne d'un instrument (Fortin, 1996) a été utilisé dans le cadre de cette étude.

Le questionnaire SECEE considéré globalement, c'est-à-dire toutes dimensions incluses et tous groupes inclus (toutes les années et tous les collèges), a obtenu au cours de cette étude un coefficient alpha de Cronbach de 0,87. Les résultats d'alpha de Cronbach variaient de 0,50 à 0,91 selon les années et les différents collèges. La cohérence interne a aussi été mesurée pour chacune des dimensions composant l'instrument. Le coefficient d'alpha de Cronbach épousait des valeurs de 0,50 à 0,87, pour les dimensions et les sous-groupes considérés individuellement. La dimension atmosphère de l'unité est celle qui a obtenu les résultats d'alpha de Cronbach les plus bas. En effet, les coefficients d'alpha de Cronbach à l'intérieur de cette dimension, considérée de façon isolée, pour les différents sous-groupes soit selon l'établissement d'enseignement ou l'année scolaire, étaient particulièrement bas et indiquaient parfois des valeurs négatives (-1,26).

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par l'auteur lors de la validation de l'instrument original. Les résultats d'alpha de Cronbach variaient à l'intérieur des dimensions avec des valeurs se situant entre 0,59 et 0,87 (Sand-Jecklin, 2000). Les valeurs pour l'instrument considéré dans sa globalité étaient plus élevées avec des coefficients d'alpha de Cronbach de 0,89 à 0,94. La dimension atmosphère de l'unité avait obtenu des valeurs plus basses que les trois autres dimensions, soit des coefficients d'alpha de Cronbach variant de 0,59 à 0,63. Le CLES (Clinical Learning Environment Scale) a obtenu des résultats d'alpha de Cronbach équivalents pour les dimensions de l'instrument soit des valeurs de 0,53 à 0,90 (Saarikoski et al., 2005). Toutefois, lorsque l'instrument CLES est considéré dans son ensemble, la valeur obtenue pour le coefficient d'alpha de Cronbach est

plus faible que pour le SECEE soit 0,75 (Saarikoski et al., 2005). Selon Fortin (1996), la valeur acceptable pour un coefficient d'alpha de Cronbach d'un nouvel instrument est de 0,70 ou de 0,80 pour un instrument déjà validé. La version traduite et adaptée du questionnaire SECEE, avec un coefficient moyen de 0,87, possède donc une cohérence interne acceptable telle que formulée par Fortin (1996).

Le coefficient d'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'instrument semblait représenter un degré de cohérence interne adéquat (0,87) et supérieur à la valeur acceptable pour un nouvel instrument soit 0,70 (Fortin, 1996) démontrant d'une part, la présence de corrélation entre les énoncés et d'autre part, la capacité de l'instrument à mesurer le concept d'intérêt soit la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières. Cette valeur peut être considérée comme idéale en regard du fait qu'elle est supérieure à 0,70 sans trop se rapprocher de 1.0, permettant ainsi de supposer l'absence de redondance entre les énoncés et les dimensions composant le questionnaire. Toutefois, il a été nécessaire d'émettre certaines réserves en regard de la valeur d'alpha de Cronbach particulièrement faible de certains sous-groupes et dimensions considérés individuellement. En effet, ces résultats ne permettent pas d'écarter complètement la possibilité d'une erreur de type 1 surtout en regard de la dimension «atmosphère de l'unité» qui a obtenu des résultats d'alpha de Cronbach très bas, indiquant une limite certaine, qu'il conviendrait d'évaluer dans une recherche subséquente avant de pouvoir conclure à la cohérence interne de l'instrument. Les coefficients d'alpha de Cronbach obtenus lors de la présente étude pour le questionnaire traduit et adapté, quoiqu'un peu plus bas que l'étude originale (Sand-Jecklin, 2000), correspondent à ceux obtenus lors de la validation de l'instrument original.

Validité discriminante

Une analyse statistique de type ANOVA a été effectuée afin de vérifier si l'instrument de mesure peut percevoir des différences au sein des résultats en

fonction de facteurs déterminés. Les résultats au test d'ANOVA ont démontré que l'instrument avait perçu des différences significatives entre les différents établissements d'enseignement pour l'instrument considéré dans sa globalité ainsi que pour trois dimensions soit la «communication et retour d'informations», «occasions d'apprentissage» et «soutien et apprentissage». Seule, la dimension «atmosphère de l'unité» n'a pas démontré de différences significatives entre les établissements d'enseignement.

Un test d'ANOVA effectué au cours de la validation de l'instrument SECEE original (Sand-Jecklin, 2000) a démontré que ce dernier était en mesure de percevoir des différences significatives entre les environnements cliniques (unités) pour chaque site hospitalier ayant participé à l'étude où des étudiantes effectuaient des stages. Au premier site, des différences significatives ont été perçues entre les sites hospitaliers pour trois dimensions sur quatre («communication et rétroaction», «soutien à l'apprentissage» et «atmosphère de l'unité»). Les résultats du deuxième site ont permis de constater que l'instrument pouvait percevoir des différences significatives pour deux dimensions soit le soutien à l'apprentissage et l'atmosphère de l'unité. Aucune différence significative ne fut perçue pour le troisième site.

Les analyses de variance effectuées ont permis de constater que la version traduite et adaptée du questionnaire SECEE possédait une validité discriminante adéquate en regard du fait que le test d'ANOVA a démontré que le questionnaire était en mesure de percevoir les différences entre les établissements et ainsi de comparer l'influence de ces mêmes établissements sur la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières. Les résultats obtenus lors de cette étude étaient comparables à ceux obtenus par Sand-Jecklin (2000). Toutefois, aucune correction des résultats n'a été effectuée selon la théorie de Bonferroni. Cette correction pourrait modifier la signification des résultats. Il est toutefois important de mentionner qu'aucune étude en sciences infirmières n'a converti ses résultats en fonction de la théorie de Bonferroni.

Considéré dans son ensemble, le SECEE présente plusieurs qualités psychométriques adéquates dont la validité de construit, la consistance interne et la validité discriminante. Bien que certains résultats suscitent un questionnement, il est important de remarquer qu'il s'agit d'une première étude de validation et ce, avec seulement un échantillon relativement restreint. Toutes les études décrivant le processus de validation des questionnaires portant sur la perception de l'environnement d'apprentissage clinique soit le SECEE et le CLES ont fait remarquer l'importance d'effectuer plusieurs études subséquentes pour atteindre un résultat intéressant. En effet, l'étude la perception de l'environnement d'apprentissage clinique est un concept complexe donc difficile à évaluer. L'environnement d'apprentissage clinique est, selon les dires de certains auteurs, composé de plusieurs sous-systèmes (Saarikoski et al., 2005). Malgré le fait que l'instrument adapté et traduit n'a subi qu'une seule validation, il se comporte d'une façon très similaire à l'instrument original et à d'autres instruments mesurant le même concept tels que le CLES (Dunn et Burnett, 1995) comme en témoignent les résultats relatifs à chacune des propriétés psychométriques évaluées. Plusieurs éléments corroborent les résultats obtenus par Sand-Jecklin (2004) lors de la deuxième validation de son questionnaire. Plusieurs qualités psychométriques suscitent un questionnement quant à la dimension «atmosphère de l'unité». En effet, on note lors de l'analyse factorielle l'absence de corrélation entre la dimension «atmosphère de l'unité» et les facteurs extraits statistiques. De plus, la faible valeur des coefficients d'alpha de Cronbach pour la dimension «atmosphère de l'unité» pourrait aussi indiquer une très faible corrélation entre les énoncés qui composent cette dimension.

1.22 PKPCT

Le PKPCT soit le Power as Knowing Participation in Change Tool (Barrett, 1990) est un questionnaire qui mesure le pouvoir d'un individu et dans le cas de la présente étude, le pouvoir des étudiantes infirmières. Ce questionnaire, composé de quatre dimensions constituées de douze adjectifs antonymes, a été validé et utilisé dans plusieurs milieux différents et auprès de différentes populations

(Barrett, 1990; Hobbs, 1991). Toutefois, il n'a jamais été ni validé ou utilisé auprès des étudiantes infirmières québécoises. Ainsi, dans le cadre de la présente étude plusieurs qualités psychométriques de ce questionnaire ont été évaluées auprès de cette population particulière.

Validité de construit

Une analyse factorielle a été effectuée afin d'évaluer la structure conceptuelle du PKPCT. Après rotation varimax et contrainte de quatre facteurs, on a constaté que 54,9% de la variance totale était expliquée. En effet, on suggère que le seuil idéal serait de 60% (UQTR, nd). Toutefois, il est aussi difficile à atteindre surtout lors d'une première évaluation de la validité de construit (UQTR, nd). Le pourcentage de variance expliqué par les quatre facteurs de la présente étude était donc fort acceptable (54,9%) puisqu'il s'approchait du seuil idéal (60%).

Partant de l'hypothèse que les éléments qui, théoriquement, composent une dimension devraient se regrouper ou corrélérer avec un même facteur, l'analyse factorielle a aussi été effectuée afin de déterminer si les compositions factorielles obtenues étaient similaires à celles suggérées par l'instrument original. Le premier facteur corrélait davantage la dimension «choix». Les deuxième et troisième facteurs corrélaient de façon dominante la dimension «engagement». Quant au dernier facteur, il corrélait la dimension «conscience». La dimension «liberté» n'était pas corrélée de façon dominante par un facteur et arrivait en deuxième position avec les mêmes facteurs que l'engagement.

L'indice KMO est un indicateur de l'adéquation factorielle. Il réfère aussi au caractère unique des facteurs extraits. La valeur élevée du KMO indique l'apport unique de chaque énoncé et la force de la structure conceptuelle. Le KMO a été évalué à 0,804 et était considéré comme méritoire.

L'évaluation des corrélations entre les facteurs extraits statistiquement et les dimensions théoriques de l'instrument a permis d'émettre quelques réserves quant

à la structure conceptuelle de l'instrument traduit et adapté. Ce résultat a indiqué que deux dimensions étaient peut-être colinéaires et qu'il était possible de poser un doute quant à leur apport unique à l'instrument. Malgré une analyse factorielle qui tend à démontrer une certaine colinéarité entre deux dimensions soit la «liberté» et «l'engagement» l'indice KMO élevé tend à confirmer la structure conceptuelle du PKPCT

Consistance interne

Au cours de cette étude, la cohérence interne de la version traduite et adaptée du PKPCT a été mesurée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach.

Le coefficient d'alpha de Cronbach pour l'instrument pris dans sa globalité (toutes dimensions incluses et tous sous-groupes inclus) se situait entre 0,93 et 0,97 pour la présente étude. Les valeurs obtenues à l'intérieur des dimensions et des sous-groupes étaient un peu plus faibles avec des valeurs 0,73 à 0,95. Les résultats obtenus par Barrett (1990) étaient similaires à ceux de la présente étude dont les valeurs d'alpha de Cronbach se situant entre 0,95 et 0,97.

Fortin (1996) suggère un coefficient alpha minimal de Cronbach de 0.70 pour un nouvel instrument et 0,80 pour un instrument déjà validé. Toutefois, un coefficient d'alpha de Cronbach très élevé qui se situe près de 1,0 peut indiquer une colinéarité entre les dimensions de l'instrument.

Les valeurs élevées d'alpha de Cronbach pour la version traduite et adaptée du PKPCT permettent de conclure à la consistance interne de ce dernier. Ces résultats correspondent à ceux obtenus par Barrett (1990). Toutefois, il faut considérer le fait que les valeurs des coefficients d'alpha de Cronbach très élevées pour l'instrument toutes dimensions incluses (0,93 à 0,97) et plus faibles à l'intérieur des dimensions (0,73 à 0,95) pourraient indiquer une certaine colinéarité. En regard du fait, qu'il s'agisse de la première validation de la version traduite et adaptée du PKPCT, il est trop tôt pour confirmer la présence de redondance entre les énoncés ou les dimensions composant le questionnaire. De

plus, le CE (Classroom Empowerment Tool), un autre questionnaire mesurant le pouvoir des étudiantes a aussi obtenu des valeurs d'alpha de Cronbach élevées soit de 0,873 à 0,879 (Falk-Rafael, Chinn, Anderson, Laschinger et Rubotzky, 2004).

Validité discriminante

Une analyse statistique de type ANOVA a été effectuée afin de vérifier si le questionnaire PKPCT était capable de percevoir les différences dans le pouvoir en fonction des différents collèges.

Une analyse statistique de type ANOVA a été effectuée afin de vérifier s'il y avait des différences quant aux résultats du PKPCT en fonction des différents collèges. Les résultats au test d'ANOVA ont démontré que l'instrument avait perçu des différences significatives entre les différents établissements d'enseignement pour l'instrument considéré dans sa globalité ainsi que pour deux dimensions soit le choix et la liberté.

Les analyses de variance effectuées ont permis de constater que l'instrument traduit et adapté était en mesure de percevoir les différences entre les établissements et de comparer l'influence des ces mêmes établissements sur le pouvoir des étudiantes infirmières. Ces résultats sont différents de ceux obtenus lors d'une autre validation effectuée par Falk-Rafael et al. (2004) où le PKPCT ne s'est pas montré discriminant en fonction du site. Toutefois lors de cette étude, Falk-Rafael et al. (2004) a aussi utilisé le questionnaire CE qui n'a pas non plus démontré des différences significatives entre les sites. Donc, l'étude de Falk-Rafael et al. (2004) s'est probablement déroulée auprès de sites ne présentant pas de différences entre eux puisque deux questionnaires différents sont à l'origine des mêmes résultats. Il faut toutefois tenir que la signification des résultats n'a pas été corrigée selon Bonferoni. Toutefois, aucune étude recensée visant à valider les instruments originaux n'a été corrigée avec Bonferoni.

Pour conclure, le questionnaire PKPCT traduit et adapté présente des qualités psychométriques adéquates et comparables à celles de la version originale, démontrant ainsi la similarité entre le comportement des deux versions. Les résultats de l'enquête concernant les propriétés psychométriques de l'instrument sont cohérents en regard de la présence d'une possible colinéarité. Premièrement, les valeurs d'alpha de Cronbach très près de 1,0 témoignent de cette possible colinéarité ainsi que les résultats de l'analyse factorielle dans lesquelles les dimensions «liberté» et «engagement» sont corrélées avec le même facteur statistiquement extrait. Toutefois, un autre instrument soit le CE, présente aussi des coefficients d'alpha de Cronbach élevés (Falk-Rafael et al., 2004). Il est donc important de soulever une autre hypothèse que la colinéarité pour expliquer les valeurs élevées d'alpha de Cronbach ou encore le résultat de l'analyse factorielle qui suggère une possible redondance entre la liberté et l'engagement. En effet, les liens très forts unissant les différentes dimensions du pouvoir et particulièrement la liberté et l'engagement pourraient expliquer ces résultats. Peut-il y avoir un véritable engagement de l'individu sans liberté ou encore une capacité à choisir sans liberté? Alors que le concept d'environnement d'apprentissage clinique semble composé de sous-concepts distincts (Falk-Rafael et al., 2004), le pouvoir selon Barrett et inspiré de la théorie de Rogers est un concept pandimensionnel, non-linéaire et surtout détaché de la notion de causalité (Falk-Rafael et al., 2004). Ainsi, les dimensions du pouvoir semblent beaucoup moins circonscrites et plus inter reliées les unes aux autres que les dimensions composant l'environnement d'apprentissage. La validité discriminante du PKPCT a aussi été démontrée par le test d'ANOVA dont des différences significatives ont été notées en fonction des établissements d'enseignement pour deux dimensions (liberté et choix) ainsi que pour l'instrument en entier.

2. TAUX DE RÉPONSE DES ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS À L'ENQUÊTE

La présente étude était une étude pilote pour estimer la faisabilité d'une étude de plus grande envergure. Conséquemment, elle a été effectuée avec un échantillon de petite taille. En effet, 95 étudiantes ont participé à la présente étude sur 223 questionnaires envoyés, pour un taux de réponse de 43.3%.

Les études de validation de questionnaire portant sur l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières ont été effectuées avec des échantillons plus importants. En effet, l'étude de Dunn et Burnett (1995) a obtenu un échantillon de 423 participants (381 étudiantes en soins infirmiers et 42 infirmières accompagnatrices) et l'étude de Sand-Jecklin (2000) a atteint un nombre 319 répondants.

Le taux de réponse a permis de croire qu'une étude ultérieure à plus grande échelle était possible. En effet, selon Fortin (1996), le taux de réponse souhaitable est de 50%. Quant à Delmas et al. (2001), ils ont obtenu un taux de participation de 60% (137 répondants sur 229 questionnaires envoyés).

Considérant le fait que la présente étude constituait une étude de faisabilité, la taille de l'échantillon était adéquate. Toutefois, l'échantillon utilisé pour cette étude ne permet pas la généralisation des résultats pour deux raisons : premièrement, l'échantillon provenait d'une seule région administrative du Québec et ne reflète pas l'éventail des réalités québécoises et deuxièmement, la taille de l'échantillon est inférieure à ce qui est recommandé pour une étude de validation de questionnaire.

Une étude ultérieure est nécessaire afin de poursuivre l'activité de validation des questionnaires. Cette étude doit se dérouler à travers des collèges provenant de toutes les régions administratives du Québec et ce, avec un échantillon d'une taille supérieure à la présente étude de faisabilité soit de 300 personnes pour avoir un

rapport de 10 personnes pour chaque énoncé du questionnaire. Des mécanismes devront aussi être mis au point afin d'atteindre un taux de réponse minimal de 50% tel que suggéré par Fortin (1996).

3. RELATION ENTRE LE POUVOIR ET LA PERCEPTION DE L'ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE CLINIQUE

Avant d'explorer les relations entre les concepts, des analyses descriptives ont été effectuées de façon préliminaire afin de tracer le portrait de la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et du pouvoir des étudiantes infirmières québécoises.

La présente étude a permis de constater que les étudiantes percevaient leur environnement d'apprentissage clinique d'une façon positive. Elles ont répondu aux énoncés avec une moyenne de 4,3/5. Il était difficile de comparer les résultats de la présente étude avec ceux de Sand-Jecklin (2000). En effet, les données disponibles ont été calculées avec des énoncés codés de façon inversée réduisant ainsi la moyenne par énoncé. Toutefois, l'auteur mentionne clairement que les étudiantes perçoivent leur environnement d'une façon positive (Sand-Jecklin, 2000).

Les informations recueillies avec la version traduite et adaptée du questionnaire PKPCT ont démontré que les étudiantes avaient un niveau de pouvoir élevé avec une réponse moyenne de 5,7/7 par énoncé. Dans le cadre de l'étude de Hobbs (1991) portant sur les manifestations du pouvoir chez les étudiantes infirmières, les étudiantes ont répondu avec une moyenne de 5,5/7 par énoncé. Les étudiantes infirmières de l'Alabama tout comme celles du Québec considéraient leur pouvoir comme élevé.

Selon les écrits consultés, aucune étude n'avait exploré de façon quantitative la relation entre la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières québécoises et leur pouvoir. Il est ressorti qu'il existait une

corrélation hautement significative (0,375**) entre le pouvoir (score du PKPCT) et l'environnement d'apprentissage clinique (SECEE). Cette relation statistique appuie une relation qualitative antérieure décrite lors de l'étude de Hobbs (1991) qui démontrait que les étudiantes qui avaient un plus haut niveau de pouvoir (score plus élevé sur le PKPCT) percevaient un moins grand nombre de contraintes dans leur environnement contrairement aux étudiantes qui avaient un niveau de pouvoir plus faible (score moins élevé sur le PKPCT).

Considérant le caractère préliminaire de cette étude et l'évaluation des qualités psychométriques inachevée, il était impossible d'apporter une conclusion scientifiquement valide sur le caractère de cette relation. Toutefois, les résultats actuels ont renforcé l'hypothèse de départ qui énonçait la présence d'une relation entre le pouvoir et la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique.

4. APPORTS DE CETTE ÉTUDE

Cette étude a permis d'établir les bases d'un processus de validation et d'adaptation de deux instruments francophones et reflétant la réalité québécoise qui pourraient permettre aux enseignantes en soins infirmiers non seulement d'évaluer la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement clinique d'apprentissage et de leur pouvoir.

Cette étude constitue un petit pas, mais un pas important en ayant effectué une première validation suite à la validation de deux instruments traduits et adaptés soit le PKPCT et le SECEE. Cette première validation a permis non seulement d'évaluer certaines qualités psychométriques des versions françaises et québécoises des instruments mais aussi d'identifier des éléments précis sur lesquels travailler au cours des prochaines validations. De plus, cette étude de faisabilité a permis de constater que ces deux questionnaires étaient très bien adaptés à la population étudiée et conséquemment, ils constituent des excellents choix. Cette étude a permis de démontrer que les questionnaires SECEE et

PKPCT traduits et adaptés étaient, dans un premier temps, aussi performants que les versions originales anglophones, et dans un deuxième temps, aussi performants que d'autres instruments anglophones mesurant les mêmes concepts (CLES et CE) quant aux qualités psychométriques évaluées.

Le SECEE et le PKPCT, une fois leurs validations terminées, pourraient permettre d'obtenir beaucoup d'informations sur l'apprentissage clinique des étudiantes infirmières et surtout, d'agir en conséquence. Selon Hart et Rotem (1994), il est important d'identifier les stratégies de gestion et d'éducation étant les plus efficaces quant au développement professionnel des étudiantes infirmières. Un meilleur suivi de la perception de l'environnement d'apprentissage et du pouvoir pourrait permettre aux enseignantes en soins infirmiers de travailler sur les caractéristiques de l'environnement d'apprentissage clinique afin de le rendre plus favorable aux étudiantes infirmières québécoises en permettant et conséquemment d'améliorer la qualité de leur processus d'apprentissage clinique.

L'étude du pouvoir pourrait permettre une meilleure connaissance de ce phénomène chez les étudiantes infirmières. L'utilisation du PKPCT pourrait amener un dépistage plus rapide des étudiantes infirmières ayant un faible niveau de pouvoir et conséquemment de leur assurer une intervention précoce (Hobbs, 1991). De plus, les résultats de Hobbs (1991) nous ont permis de prétendre que le fait de développer le pouvoir chez les étudiantes pourrait permettre à ces dernières de percevoir leur environnement d'une façon plus positive.

Cette étude a ouvert de nouvelles voies tant en recherche que dans la pratique et dans l'enseignement en démontrant la faisabilité d'une telle étude et en fournissant les premières bases à la validation de deux questionnaires. De plus, elle offre un espoir quant à l'identification des éléments ayant un impact sur l'apprentissage des étudiantes en soins infirmiers. L'étude des facteurs influençant la perception de l'environnement d'apprentissage clinique et le pouvoir des étudiantes infirmières pourrait fournir des données précises qui permettraient

d'orienter les interventions des enseignants et des gestionnaires de soins infirmiers.

5 FORCES ET LIMITES

Quelques facteurs ont contribué à la validité ainsi qu'à la pertinence de cette étude. Premièrement, cette étude a permis de procéder à la validité de contenu de deux instruments, soit le PKPCT et le SECEE, traduits en français et adaptés à la réalité des étudiantes en soins infirmiers québécoises. Deuxièmement, une étude psychométrique a permis d'effectuer une évaluation de plusieurs qualités psychométriques de ces deux mêmes instruments. Troisièmement, il est important de préciser qu'il s'agissait d'une étude de faisabilité et qu'elle constituait par le fait même une première étape de validation des questionnaires.

Malgré plusieurs éléments contribuant à la qualité de cette étude, quelques limites se doivent d'être mentionnées. Premièrement, les établissements d'enseignement collégiaux choisis provenaient d'une seule région administrative et les résultats découlant de cette étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la province. Deuxièmement, la taille de l'échantillon actuel ainsi que le taux de réponse de la présente étude permettent de conclure à la faisabilité d'une étude de validation à plus grande échelle auprès de cette population mais non à la généralisation des résultats. Troisièmement, aucune évaluation de la stabilité n'a été faite. Quatrièmement, aucun des résultats de cette étude n'a été corrigé selon la théorie de Bonferoni. Ainsi, les résultats qui sont significatifs pourraient s'avérer non significatifs. Il faut aussi préciser que la théorie de Bonferoni est la méthode la plus actuelle pour déterminer la signification d'un résultat mais qu'elle n'est toutefois pas usuelle dans les études psychométriques en sciences infirmières. En effet, aucune étude recensée portant sur la perception de l'environnement d'apprentissage clinique des étudiantes infirmières n'a corrigé ses résultats selon la théorie de Bonferoni. Enfin, la faible documentation portant sur la relation entre le pouvoir et la perception des étudiantes infirmières a limité la comparaison avec les travaux de d'autres chercheurs.

6. AVENUES DE RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS

La présente étude a permis d'évaluer la faisabilité d'une étude portant sur la relation entre le pouvoir et la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique ainsi que de procéder à la traduction, à l'adaptation ainsi qu'à la validation de deux instruments de mesure soit le PKPCT et le SECEE. Cette étude a tracé les premiers pas de la validation des versions francophones et québécoises de ces deux instruments. Toutes les études recensées ont indiqué la nécessité d'effectuer plusieurs validations suivies de modifications des questionnaires et de revalidation.

La traduction, l'adaptation et la validation de d'autres instruments de mesure mesurant les concepts de perception de l'environnement d'apprentissage et de pouvoir permettraient d'effectuer des comparaisons comme l'a fait Falk-Rafael et al. (2004). Cet exercice s'est avéré fructueux en permettant de relativiser certains résultats et de mieux évaluer la performance des instruments.

D'autres méthodes pourraient peut-être être envisagées pour la consultation d'experts. Dans le cadre de cette étude, l'étudiante chercheuse et sa directrice ont opté pour le questionnaire auto-administré. Ce mode de collecte de données présente des avantages concernant la fidélité du jugement comme en témoigne Fortin (1996). En effet, l'écriture des réponses réduit le risque de contradiction. De plus, la compilation des données et l'usage de statistiques sont facilités. Toutefois, Sand-Jecklin (2000) avait utilisé l'entrevue et avait obtenu un instrument de mesure ayant des qualités psychométriques acceptables et permettant son utilisation. Dans une étude subséquente, ce choix entre le questionnaire et l'entrevue serait à considérer. Le taux de participation est souvent moindre lorsqu'un questionnaire est utilisé que lors d'une entrevue (Fortin 1996). De plus, au cours de cette étude, les étudiantes ayant participé au Delphi ont souvent mentionné lors de contacts qu'elles auraient préféré une entrevue à un questionnaire. Elles rapportaient que la validation d'un questionnaire était une expérience nouvelle et que malgré les informations contenues dans les questionnaires elles se posaient certaines questions surtout concernant le PKPCT

et le sens accordé à certains adjectifs. L'information à donner aux participants avant la recherche est un élément important de la méthode de Delphi (Hasson et al., 2000). Les recommandations aux participants sont plus facilement comprises lors d'une entrevue que par écrit lors de la remise d'un questionnaire. L'utilisation d'entrevues permettrait probablement de favoriser la participation d'experts étudiantes à une étude de validation.

Lors d'une validation ultérieure, la signification des résultats pourrait être corrigée selon la théorie de Bonferoni afin de rendre l'analyse statistique la plus actuelle et la plus performante possible. Cette correction permettrait ainsi de diminuer considérablement la possibilité d'une erreur de type 1.

La stabilité temporelle des deux instruments de mesure soit le PKPCT et le SECEE n'a pas été vérifiée au cours de cette étude. À cet effet, on ne peut donc conclure à la reproductibilité des mesures et à la fidélité des questionnaires. La stabilité temporelle devra donc être évaluée dans le cadre d'une prochaine étude.

RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Barrett, E. A. M. (1990). An instrument to measure power as knowing participation in change. In O. Strickland et C. Waltz, *The measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills* (Vol. 4 - p. 159-180). New York: Springer.
- Barrett, E. A. M. (1989). A nursing theory of power for nursing practice: Derivation from Rogers' paradigm. In J. Riehl, *Conceptual models for nursing practice* (p. 207-217). Norwalk, CT: Appleton et Lange.
- Barrett, E. A. M. (1988). Using Rogers' science of unitary human beings in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 1, 50-51.
- Barton, R. S. (1985). Cognitive and developmental aspects of empowerment : An empirical comparison between citizen leaders and non-leaders. *Dissertation Abstracts International*, 45, 2355B.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Bowman, A. A. et Culpepper, R. C. (1974). Power: Rx for change. *American Journal of Nursing*, 74(6), 1053-1056.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for Cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- Brown, J. S., Collins, A., et Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18, 32-42.

- Campbell, I. E., Larrivee, L., Field, P. A., Day, R. A. et Reutter, L. (1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1125-1131.
- Chan, D. (2002). Development of the clinical learning environment inventory : Using the theoretical framework of learning environment studies to assess nursing students' perceptions of the hospital as a learning environment. *Journal of Nursing Education*, 41(2), 69-75.
- Comité des spécialistes. (2000). *Rapport du comité des spécialistes soumis au Comité directeur sur la formation intégrée*. Québec : Les publications du Québec.
Document téléaccessible à l'adresse URL :
<<http://www.bnquebec.ca/pgq/2002/622990.pdf>>
Disponible le 5 mai 2006.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. L. et Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : La définir, la structurer, la financer*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur (1^{ère} éd. 1990).
- Cross, D. G., et Fallon, A. (1985). A stressor comparison of four specialty areas. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 2(3), 24-38.
- Delmas, P., Duquette, A. et Escobar, M. (2001). Validation de la version française d'un instrument de mesure. *L'infirmière du Québec*, 3(6), 16-28.
- Dickerson, P. S. (2000). A CQI approach to evaluation continuing education: processes and outcomes. *Journal for Nurses in Staff Development*, 16(1), 34-40.

- Dunn, S. V. et Burnett, P. (1995). The development of a clinical learning environment scale. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1166-1173.
- Dunn, S. V. et Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1299- 1306.
- Fortin, M. F. (1996). *Le processus de la recherche : De la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.
- Falk-Rafael, A. R., Chinn, P. L., Anderson, M. A., Laschinger, H. et Rubotzky, A. M. (2004). The effectiveness of feminist pedagogy in empowering a community of learners. *Journal of Nursing Education*, 43(3), 107-115.
- Fraser, B. J. (1982). Differences between student and teacher perceptions of actual and preferred classroom learning environment. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 4, 511-519.
- Fraser, B. J., Williamson, J. C. et Tobin, K. G. (1987). Use of classroom and school climate scales in evaluating alternative high schools. *Teaching and Teacher Education*, 3(3), 219-231.
- Fretwell, J. E. (1980). An enquiry into the ward learning environment. *Nursing Times Occasional Papers*, 76(16), 69-75.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Goodenow, C. (1992). Strengthening the links between educational psychology and the study of social contexts. *Educational Psychologist*, 27, 177-196.

- Goodman, C. M. (1987). The Delphi technique: A critique. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 729-734.
- Greeno, J. G., Collins, A. M., et Resnic, L. B. (1996). Cognition and learning. In D.C. Berliner et R.C. Calfee (Eds), *Handbook of Educational Psychology* (pp 899-925). New York: Simon and Schuster Macmillan.
- Hanstein, R. I. et Washburn, M. J. (2000). Facilitating critical thinking. *Journal for Nurses in Staff Development*, 16(1), 23-30.
- Hart, L. B. (2000). Integrating technology and traditional teaching methods to stimulate different cognitive styles in a critical care course. *Journal for Nurses in Staff Development*, 16(1), 31-33.
- Hart, G. et Rotem, A. (1994). The best and the worst : Students' experiences of clinical education. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11, 26-33.
- Hasson, F., Keeney, S. et McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1008-1015.
- Hobbs, M. B. (1991). *Manifestations influencing empowerment in the educational environment of baccalaureate nursing students*. Mémoire de maîtrise, Université d'Alabama, Birmingham, Alabama.
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNGC), et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada) (CRSHC). (1998). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC)*. Canada : Les publications du Canada.

- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. et Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Montréal :   tudes vivantes.
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 9-36.
- Kushnir, T. (1986). Stress and social facilitation : The effects of the presence of an instructor on student nurses' behavior. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 26-33.
- Legendre, R. (1988). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Paris, Montréal : Larousse.
- Moos, R. M. (1968). The assessment of the social climates of correctional Institutions. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 5, 174-188.
- Marshall, H.H. (1990). Beyond the workplace metaphor : the classroom as a learning setting. *Theory into Practice*, 29, 94-101.
- Massarweh, L. J. (1999). Promoting a positive clinical experience. *Nurse Educator*, 24(3), 44-47.
- Melia, K. (1987). *Learning and working : The occupational socialisation of nurses*. London England: Tavistock.
- Gouvernement du Québec. (2004). *Programme de soins infirmiers*. Québec : Les publications du Québec.
Document téléaccessible à l'adresse URL :
<<http://www.mels.gouv.qc.ca/ens%2Dsup/ens%2Dcoll/cahiers/>>
Disponible le 15 mai 2005.

- Moos, R. M. (1968). The assessment of the social climates of correctional Institutions. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 5, 174-188.
- Morgenthau, H. J. (1967). *Politics Among Nations*. New-York: Alfred A. Knopf (4e éd.), 32p. Cité par Bowman, A. A. et Culpepper, R. C. (1974), Power: Rx for change. *American Journal of nursing*, 74(6), 1053-1056.
- Ogier, M. E. (1981). Ward sister and their influence upon nurse learners. *Nursing Times*, 77(11), 41-44.
- Orton, H. D. (1981). *Ward Learning Climate*. London: Royal College of Nursing.
- Pearson, J., (1998). An exploration of the empowerment of nursing students in a clinical context. *Nursing Praxis in New Zealand*, 13(3), 45-55.
- Peirce, A. G. (1991). Preceptorial students' view of their clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 30, 244-250.
- Conseil de recherche du Canada. (1998). *Politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Canada : Les publications du Canada.
- Potter, P. A., et Perry, A. G. (1998). *Fundamentals of Nursing*. St. Louis: Mosby (65^e ed.).
- Reed, S. et Price, J. (1991). Audit of clinical learning areas. *Nursing Times*, 87, 57-58.
- Resnick, L. B. (1987). Learning in school and out. *Educational Researcher*, 16, 13-20.

- Rogers, M. E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Rosenman, M. (1980). Empowerment as a purpose of education. *Alternative Higher Education*, 4, 248-259.
- Rubbenfeld, M. G., et Scheffer, B. K. (1999). *Raisonnement critique en soins infirmiers : Guide d'apprentissage*. Paris : De Boeck université.
- Saarikoski, M., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. et Warne, T. (2005). Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1), 1-16.
- Sand-Jecklin, K. (2000). Evaluating the student clinical learning environment: development and validation of the SECEE inventory. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 4(1).
Document téléaccessible à l'adresse URL :
<http://www.snrs.org/members/SOJNR_articles/iss04vol01.htm>
Disponible le 4 mai 2001.
- Sand-Jecklin, K. (2004). Communication personnelle par courriel.
- Sappington, T. E., (1984). Creating learning environments conducive to change. *Innovative Higher Education*, 19-29.
- Sellek, T. (1982). Satisfying and anxiety-creating incidents for nursing students. *Nursing Times*, 78(35), 137-140.
- Smith, P. (1988). The emotional labor of nursing. *Nursing Times*, 84(44), 50-51.

- Shuell, T. J. (1989). Baccalaureate nursing student preceptorship programs and the development of clinical competence. *Journal of Nursing Education*, 28, 19-35.
- Skinner, B. F. (1989). *Recent Issues in the Analysis of Behaviour*. Colombus: Merrill.
- Tanner, C. A., et Linderman, C. A. (1987). Research in nursing education : Assumptions and priorities. *Journal of Nursing Education*, 26, 50-59.
- Thorell-Ekstrand, I et Bjorvell, H. (1995). Nursing students' experience of care planning activities in clinical education. *Nursing Education Today*, 15, 196-203.
- UQTR. (nd) : *Biostatistique*. Document disponible sur internet, Université du Québec à Trois-Rivière, Trois-Rivière.
Document téléaccessible à l'adresse URL:
<<http://www.uqtr.ca/cours/srp-6020/acp/acp.html>>
Disponible le 5 mars 2004.
- Vargas, E. A. (1996). A university for the 21st century. In J. R. Cautela et W. Ishaq, *Contemporary issues in behavior therapy : Improving the human condition* (p 159-188). New York: Plenum Press.
- Windsor, A. (1987). Nursing students' perceptions of clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 26, 150-154.
- Zimmerman, M. A. (1987). Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *Dissertation Abstracts International*, 47, 4335.

ANNEXES

ANNEXE 1**VERSIONS ORIGINALES DES INSTRUMENTS DE MESURES**

STUDENT EVALUATION OF CLINICAL EDUCATION ENVIRONMENT

101

ease circle or check the best answer to each question and provide written answers in the blanks provided.

University and Campus _____

Semester/Yr: Spring Fall 19____

Year in program: Freshman Sophomore Junior Senior

Clinical site you are evaluating (include both the name of facility and the department or unit)

Clinical Instructor _____

Circle the number that best represents your answer to the following questions. Please provide an explanation for any questions to which you respond "can't answer" (number 6) in the space directly below the question.

Key: 1 = Strongly Disagree 2 = Disagree 3 = Neutral 4 = Agree 5 = Strongly Agree 6 = Can't Answer

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | My preceptor/resource RN was available to answer questions and to help with patient care. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. | A wide range of learning opportunities was available at this agency/department. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. | I felt comfortable asking questions of my clinical instructor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | My preceptor/resource RN maintained ultimate responsibility for the patients to whom I was assigned. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | This clinical setting provided adequate opportunities to practice interpersonal communication skills. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. | As my skills and knowledge increased, my instructor allowed me more independence. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | My preceptor/resource RN talked with me about new developments related to my patients' care. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. | This clinical setting provided adequate opportunities for application of information gained in the classroom setting. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. | My instructor served as a positive role model for professional nursing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | High preceptor/resource RN workload negatively impacted my experience at this agency/department. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | There was adequate time in this clinical rotation to meet my learning goals. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | My instructor encouraged me to identify and pursue opportunities for learning in this environment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | My preceptor/resource RN provided adequate guidance as I learned to perform new skills. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | This agency/department had an adequate number and variety of patients appropriate for my clinical nursing abilities. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Key: 1 = Strongly Disagree 2 = Disagree 3 = Neutral 4 = Agree 5 = Strongly Agree 6 = Can't Answer

Remember to explain any questions to which you responded "can't answer" (6) immediately below the question.

5. My instructor was available to answer questions and to provide assistance.	1	2	3	4	5	6
16. I felt comfortable asking questions of my preceptor/resource RN.	1	2	3	4	5	6
17. Equipment, supplies, and material resources needed to provide patient care and teaching were available in this agency/department.	1	2	3	4	5	6
18. My instructor provided constructive feedback about my nursing actions in this setting.	1	2	3	4	5	6
19. My preceptor/resource staff supported me in applying new knowledge / learning new skills.	1	2	3	4	5	6
20. Competing with other health professional students using this agency for skills/procedures, patient assignments, or resources negatively impacted my clinical experience.	1	2	3	4	5	6
21. The instructor provided me with adequate guidance as I learned to perform new skills.	1	2	3	4	5	6
22. Nursing staff in this department informed students of potential learning experiences.	1	2	3	4	5	6
23. In this setting, I was allowed to perform "hands on" care at the level of my clinical abilities.	1	2	3	4	5	6
24. My instructor supported me in applying new knowledge / learning new skills.	1	2	3	4	5	6
25. The nursing staff in this department served as positive role models for professional nursing.	1	2	3	4	5	6
26. One-to-one interaction with clients provided sufficient opportunities for skill development.	1	2	3	4	5	6
27. The instructor encouraged students to assist each other and to share learning experiences.	1	2	3	4	5	6
28. The nursing staff provided constructive feedback about my nursing actions in this setting.	1	2	3	4	5	6
29. The Student to faculty ratio in this setting provided adequate supervision and support for me to take advantage of most learning opportunities at the site.	1	2	3	4	5	6
30. Instructor demands for performance in this setting were realistic.	1	2	3	4	5	6
31. My preceptor/resource RN was positive about serving as a resource to nursing students.	1	2	3	4	5	6
32. The instructor provided sufficient feedback about my clinical performance early enough within the rotation to allow for corrective actions.	1	2	3	4	5	6

What aspects of this clinical setting helped/promoted your learning? _____

What aspects of this clinical setting hindered your learning? _____

MARICAN "X" AS DESCRIBED IN THE INSTRUCTIONS

In relation to my OCCUPATION (work and/or school):

MY AWARENESS IS

profound							superficial
avoiding							seeking
valuable							worthless
unintentional							intentional
timid							assertive
leading							following
chaotic							orderly
expanding							shrinking
pleasant							unpleasant
uninformed							informed
free							constrained
unimportant							important

MARICAN "X" AS DESCRIBED IN THE INSTRUCTIONS

In relation to MYSELF:

MY CHOICES ARE

shrinking							expanding
seeking							avoiding
assertive							timid
important							unimportant
orderly							chaotic
intentional							unintentional
unpleasant							pleasant
constrained							free
worthless							valuable
following							leading
superficial							profound
informed							uninformed

MARICAN "X" AS DESCRIBED IN THE INSTRUCTIONS

In relations with my FAMILY:

MY FREEDOM TO ACT INTENTIONALLY IS

timid	_____	_____	_____	_____	_____	_____	assertive
uninformed	_____	_____	_____	_____	_____	_____	informed
leading	_____	_____	_____	_____	_____	_____	following
profound	_____	_____	_____	_____	_____	_____	superficial
expanding	_____	_____	_____	_____	_____	_____	shrinking
unimportant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	important
valuable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	worthless
chaotic	_____	_____	_____	_____	_____	_____	orderly
avoiding	_____	_____	_____	_____	_____	_____	seeking
free	_____	_____	_____	_____	_____	_____	constrained
unintentional	_____	_____	_____	_____	_____	_____	intentional
pleasant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	unpleasant

MARICAN "X" AS DESCRIBED IN THE INSTRUCTIONS

In relations with my FAMILY:

MY INVOLVEMENT IN CREATING CHANGE IS

unintentional	_____	_____	_____	_____	_____	_____	intentional
expanding	_____	_____	_____	_____	_____	_____	shrinking
profound	_____	_____	_____	_____	_____	_____	superficial
chaotic	_____	_____	_____	_____	_____	_____	orderly
free	_____	_____	_____	_____	_____	_____	constrained
valuable	_____	_____	_____	_____	_____	_____	worthless
uninformed	_____	_____	_____	_____	_____	_____	informed
avoiding	_____	_____	_____	_____	_____	_____	seeking
leading	_____	_____	_____	_____	_____	_____	following
unimportant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	important
timid	_____	_____	_____	_____	_____	_____	assertive
pleasant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	unpleasant

ANNEXE 2
VERSIONS TRADUITES ET ADAPTÉES DES INSTRUMENTS DE
MESURE

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT DE STAGE

S'il vous plaît encerclez ou cochez la meilleure réponse à chaque question et écrivez une réponse écrite aux espaces réservés à cet effet.

Établissement d'enseignement

Semestre/année: Automne Hiver 20____

Année du programme: 1 2 3

Environnement de stage que vous avez évalué (nom de l'établissement et du département)

Monitrice _____

Encerclez le nombre qui représente le mieux votre réponse dans les questions suivantes. S'il vous plaît donnez une explication pour toute question auxquelles vous répondez «ne peut répondre» (numéro 6) dans l'espace directement sous la question.

Échelle : 1 = Fortement en désaccord 2 = En désaccord 3 = Neutre 4 = D'accord 5 = Fortement d'accord 6 = Ne peut répondre

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Le personnel infirmier de l'unité était disponible pour répondre aux questions et pour aider aux soins des patients. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | De nombreuses occasions d'apprentissage étaient disponibles dans cet environnement de stage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 | Je me sentais à l'aise de poser des questions à ma monitrice. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 | L'organisation des soins appartenant à cet environnement de stage me permettait de pratiquer mes habiletés de communication interpersonnelle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 | La monitrice augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où mes habiletés et mon savoir augmentaient. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi de la progression des soins que je prodiguait aux patients. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8	L'organisation des soins de l'environnement de stage m'offrait des occasions d'appliquer mes savoirs développés en classe.	1	2	3	4	5	6
9	Ma monitrice était un modèle de rôle positif pour les infirmières oeuvrant dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
10	La charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon expérience d'apprentissage dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
11	Le délai accordé pour le changement de champ clinique était suffisant pour me permettre de développer les habiletés nécessaire à l'atteinte des objectifs de stage.	1	2	3	4	5	6
12	Ma monitrice m'encourageait à identifier et à utiliser les occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6
14	Cet environnement d'apprentissage offrait un nombre et une variété de patients suffisants pour mettre en pratique les habiletés développées en classe.	1	2	3	4	5	6
15	Ma monitrice était disponible pour répondre aux questions et pour donner de l'assistance.						
16	Je me sentais à l'aise de poser des questions à ma monitrice.	1	2	3	4	5	6
17	L'équipement, les fournitures et les ressources matérielles nécessaires aux soins des patients et à l'enseignement étaient disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
18	Ma monitrice me donnait des commentaires constructifs sur les soins que j'ai dispensés dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
19	Le personnel infirmier de l'unité me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6

20	Mon expérience clinique a été limitée par un esprit de compétition entre les étudiantes infirmières et les étudiants appartenant à d'autres professions de la santé qui étaient présents dans cet environnement .	1	2	3	4	5	6
21	Ma monitrice me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.						
22	Le personnel infirmier de cet environnement de stage informait les étudiants des occasions potentielles d'apprentissage.	1	2	3	4	5	6
23	Cet environnement de stage me permettait de prendre en main les soins infirmiers des patients en lien avec le niveau de progression de mes habiletés.	1	2	3	4	5	6
24	Ma monitrice me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.						
25	Le personnel soignant de cet environnement de stage est pour moi un modèle de rôle positif.	1	2	3	4	5	6
26	Les interactions individuelles avec les patients me donnaient suffisamment d'occasions pour développer mes habiletés.	1	2	3	4	5	6
27	La monitrice encourageait les étudiantes à s'entraider et à partager leurs expériences d'apprentissage.	1	2	3	4	5	6
28	Le personnel infirmier donnait des commentaires constructifs dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
29	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribués à chaque monitrice était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
30	La monitrice exigeait une performance réaliste de la part des étudiantes.	1	2	3	4	5	6
31	Le personnel infirmier avait une perception positive de son rôle de personne ressource auprès des étudiantes.	1	2	3	4	5	6

32	La monitrice me donnait suffisamment de commentaires quant à mes performances dans cet environnement de stage et ce, assez tôt dans le bloc de stage pour que je puisse apporter des améliorations à mes interventions.	1	2	3	4	5	6
----	--	---	---	---	---	---	---

Quelles composantes de cet environnement de stage ont favorisé mon apprentissage?

Quelles composantes de cet environnement de stage ont gêné mon apprentissage?

INTRODUCTION AU PKPCT DE BARRETT

Le PKPCT a été créé pour vous aider à décrire la signification du changement dans votre vie à partir de quatre indicateurs :

- ✓ la conscience
- ✓ les choix
- ✓ la liberté d'agir volontairement
- ✓ l'engagement à créer un changement

VOICI LES INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA FIN DU QUESTIONNAIRE

Il y a 12 lignes pour chaque indicateur. De chaque côté de ces lignes, il y a des mots dont le sens est opposé. Les lignes sont divisées en 7 espaces qui sont des réponses possibles. Répondez pour chacun des indicateurs (conscience, choix, liberté d'agir volontairement, engagement à créer le changement) et pour chacune des lignes. Choisissez un « X » dans l'espace qui correspond le mieux à la signification accordée à l'indicateur, en ce moment-ci.

Par exemple :

Sous l'indicateur CHOIX, si vous avez l'impression que vos choix sont très informés, votre réponse pourrait être la suivante :

informés		<u>X</u>						mal informés
----------	--	----------	--	--	--	--	--	--------------

Si vos CHOIX sont plutôt mal informés, votre réponse pourrait être la suivante :

informés						<u>X</u>		mal informés
----------	--	--	--	--	--	----------	--	--------------

Si vos CHOIX ne sont pas mal informés mais pas vraiment informés, votre réponse pourrait être la suivante :

informés			<u>X</u>				mal informés
----------	--	--	----------	--	--	--	--------------

Points importants :

- ✓ Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses
- ✓ Inscrire votre première impression
- ✓ Choisir l'espace qui correspond le mieux à cette impression et placer un « X » dans cet espace
- ✓ Inscrire un « X » pour chacune des lignes
- ✓ Réponse à tous les indicateurs

BARRETT PKPCT, Version II, Partie A

Faire un « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MA CONSCIENCE EST

approfondie							superficielle
de type évitement							de type recherche
riche							sans valeur
involontaire							volontaire
timide							assurée
meneuse							suiveuse
chaotique							organisée
en expansion							en diminution
plaisante							déplaisante
mal informée							informée
libre							contrainte
sans importance							importante

Faire une « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MES CHOIX SONT

en diminution							en augmentation
en type recherche							de type évitement
assurés							timides
importants							sans importance
organisés							chaotiques
volontaires							involontaires
déplaisants							plaisants
contraints							libres
sans valeur							riches
suiveurs							meneurs
superficiels							approfondis
informés							mal informés

Traduction autorisée du PKPCT, Version II, E.A.M. Barrett (1984, 1987, 1998)

BARRETT PKPCT, Version II, Partie A

Faire un « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MA LIBERTÉ D'AGIR VOLONTAIREMENT EST

timide							assurée
mal informée							informée
meneuse							suiveuse
approfondie							superficielle
en expansion							en diminution
sans importance							importante
riche							sans valeur
chaotique							organisée
de type évitement							de type recherche
libre							contrainte
involontaire							volontaire
plaisante							déplaisante

Faire une « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MON ENGAGEMENT À CRÉER UN CHANGEMENT EST

involontaire							volontaire
en expansion							en diminution
approfondi							superficiel
chaotique							organisé
libre							contraint
riche							sans valeur
mal informé							informé
de type évitement							de type recherche
meneur							suiveur
sans importance							important
timide							assuré
plaisant							déplaisant

Traduction autorisée du PKPCT, Version II, E.A.M. Barrett (1984, 1987, 1998)

ANNEXE 3
VERSIONS RETRO-TRADUITES DES INSTRUMENTS DE MESURE

INTRODUCTION TO THE BARRETT PKPCT

The PKPCT was created in order to help you describe the meaning of change in your life starting with four indicators:

- ✓ Conscience
- ✓ Choices
- ✓ Free will
- ✓ The commitment to making changes

INSTRUCTIONS FOR FILLING OUT THE LAST PART OF THE QUESTIONNAIRE

There are 12 lines for each indicator. On each side of these lines, there are words of opposite meaning.

The lines are divided into 7 spaces which are possible answers. Answer in each category (conscience,

choice, free will, commitment to making changes) on each line. Choose an « X » in the space which corresponds best to the meaning indicated at this time.

For example:

Under the indicator CHOICES, if you have the impression that your choices are well-informed, your answer could be the following:

well-informed | | X | | | | | not well-informed

If your CHOICES are mostly not well-informed, your answer could be the following:

well-informed | | | | | | X | | not well-informed

If your CHOICES are not misinformed but not really well-informed, your answer could be the following:

well-informed | | | | X | | | | not well-informed

Important points:

- ✓ There are no correct or incorrect answers
- ✓ Record your first impression
- ✓ Choose the space which corresponds best to this impression and place an « X » in that space
- ✓ Put an « X » on each line
- ✓ Respond to all the indicators

BARRETT PKPCT, Version II, Part A

Make an « X » as explained in the directions

MY CONSCIENCE IS

profound	superficial
evasive	inquisitive
valuable	worthless
unwilling	strong-willed
timid	confident
dominating	compliant
chaotic	organized
growing	weakening
pleasant	unpleasant
misinformed	informed
free	constrained
unimportant	important

Make an « X » as explained in the directions

MY CHOICES ARE

diminishing	increasing
pondered	evasive
assured	timid
important	unimportant
organized	chaotic
voluntary	unwilling
unpleasant	pleasant
constrained	free
worthless	valuable
submissive	controlling
superficial	profound
informed	misinformed

Translation authorized of the PKPCT, Version II, E.A.M. Barrett (1984, 1987, 1998)

BARRETT PKPCT, Version II, Part A

Make an « X » as explained in the directions

MY FREEDOM TO ACT VOLUNTARILY IS

timid	confident
misinformed	informed
active	passive
extensive	superficial
increasing	decreasing
unimportant	important
valuable	worthless
chaotic	organized
evasive	studied
free	constrained
instinctive	unrestrained

pleasant

unpleasant

Make an « X » as explained in the directions

MY COMMITMENT TO CREATE A CHANGE IS

unwilling	voluntary
intensifying	lessening
profound	superficial
chaotic	organized
free	constrained
valuable	worthless
uninformed	informed
evasive	pondered
dominant	compliant
unimportant	important
timid	confident
pleasant	unpleasant

Translation authorized of the PKPCT, Version II, E.A.M.. Barrett (1984, 1987, 1998)

EVALUATION OF THE TRAINING ENVIRONMENT

Please circle or check the best response to each question and insert a written answer in the appropriate spaces.

Teaching establishment _____

Semester/year: Fall Winter 20_____

Year of the program: 1 2 3

Training environment which you have evaluated (name of the establishment and the department)

Monitor

Circle the number which represents your answer best in the following questions. Please give an explanation for all the questions to which you have responded « cannot answer » (number 6) in the space directly under the question.

Scale: 1 = Strongly disagree 2 = Disagree 3 = Neutral 4 = Agree 5 = Strongly agree 6 = Cannot answer

- 1 The team of nurses was available to answer questions and to help with the 1 2 3 4 5 6
care of patients

- 2 Numerous learning occasions were available during this training environment. 1 2 3 4 5 6
- 3 I felt at ease to ask my monitor some questions. 1 2 3 4 5 6
- 4 The team of nurses assumed the responsibility of the patients assigned to the students.. 1 2 3 4 5 6
- 5 The organization of the care pertaining to this training environment permitted me to practice my abilities in interpersonal communication. 1 2 3 4 5 6
- 6 The monitor increased my level of autonomy as my abilities and my knowledge increased. 1 2 3 4 5 6
- 7 The team of nurses and I discussed the progression of the care that I gave my patients. 1 2 3 4 5 6
- 8 The organization of the care in the training environment provided occasions for me to apply the knowledge I developed in class. 1 2 3 4 5 6
9. My monitor was a positive role model for the nurses working in this training environment. 1 2 3 4 5 6

- 10 The important work load of the nursing personnel of the unit learning experience in this training environment. 1 2 3 4 5 6
- 11 The time allotted for the change in the clinical field was sufficient to permit me to develop the abilities necessary to attain my training . objectives. 1 2 3 4 5 6
- 12 My monitor encouraged me to identify and use the learning occasions available in this training environment. 1 2 3 4 5 6
- 13 The nursing personnel of the unit gave me adequate supervision while I was developing and applying new abilities 1 2 3 4 5 6
- 14 This training environment offered a numerous variety of patients which were sufficient to practice all the abilities developed in class. 1 2 3 4 5 6
- 15 My monitor was available to answer questions and to assist me 1 2 3 4 5 6
- 16 I felt at ease when asking questions to my monitor. 1 2 3 4 5 6
- 17 The equipment, the supplies and the material resources necessary for the care of the patients and the teaching were available in this training environment. 1 2 3 4 5 6

- 18 My monitor gave me constructive comments on the care I provided in this training environment. 1 2 3 4 5 6
- 19 The team of nurses supported me in the application of new knowledge and in the learning of new abilities. 1 2 3 4 5 6
- 20 My clinical experience was limited by a spirit of competition between the student nurses and the students belonging to other health professions who were present in this environment. 1 2 3 4 5 6
- 21 My monitor provided me with adequate supervision while I was developing new skills. 1 2 3 4 5 6
- 22 The nursing personnel of this training environment informed the students of the potential learning situations. 1 2 3 4 5 6
- 23 This training environment permitted me to take on the nursing care of patients according to my level of competence in the field. 1 2 3 4 5 6
- 24 My monitor supported me during the application of my new knowledge and the learning of new skills. 1 2 3 4 5 6
- 25 The nursing personnel in this training environment constitutes a positive role model for me. 1 2 3 4 5 6

- 26 The individual interaction with the patients provided me with sufficient opportunities to develop my abilities. 1 2 3 4 5 6
- 27 The team of nurses encouraged the students to help one another and to share their learning experience. 1 2 3 4 5 6
- 28 The nursing personnel provided constructive comments in the training environment. 1 2 3 4 5 6
- 29 The number of students in nursing assigned to each monitor was adequate and permitted them to maximize the benefits acquired from the available opportunities in this training environment. 1 2 3 4 5 6
- 30 The monitor demanded a realistic performance on the part of the students. 1 2 3 4 5 6
- 31 The nursing personnel had a positive perception of their role as consultants working with the students. 1 2 3 4 5 6
- 32 The monitor gave me sufficient commentaries as to my performance in this training environment and did so, soon enough during my training, so as to permit me to bring about the necessary changes to improve my performance. 1 2 3 4 5 6

What components of this training environment particularly helped my learning?

What components of this training environment hindered my learning?

ANNEXE 4
VERSIONS DES INSTRUMENTS DE MESURE PRÉSENTÉES LORS DE
LA PREMIÈRE ÉVALUATION (VALIDITÉ DE CONTENU)

QUESTIONNAIRE # 1

PERCEPTION DE L'ENVIRONNEMENT CLINIQUE D'APPRENTISSAGE (milieu de stage)

En vous référant au dernier stage de l'hiver 2003 auquel vous avez participé, nommez :

- Le CEGEP concerné : _____

- L'environnement de stage concerné :(nom de l'établissement) : _____

- Cochez le domaine des soins infirmiers concerné? :

☐ Médecine / chirurgie

☐ Périnatalité

☐ Pédiatrie

☐ Psychiatrie

☐ Urgence

☐ Soins intensifs

☐ Autre spécifier S.V.P. _____

Directives :

Les énoncés de ce questionnaire sont supposés permettre d'évaluer la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement d'apprentissage clinique. Pour chacun des énoncés, évaluez sa pertinence et sa clarté sur une échelle de 1 à 10 (1 = très faible, 5 = moyen, 10 = très fort). Un énoncé est pertinent quand il est approprié et judicieux pour évaluer le milieu de stage. Un énoncé est clair quand il se comprend aisément. Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à l'évaluation que vous en faites. Si vous souhaitez apporter un commentaire à un énoncé quant à sa pertinence ou sa clarté, inscrivez-le dans l'espace sous le chiffre encerclé.

Katy Godbout
Étudiante

Note : Ce questionnaire a été construit par Kan Sand-Jecklin, traduit par Cécile Michaud et Katy Godbout.

#	Énoncés	PERTINENCE										CLARTÉ										COMMENTAIRES
1	Le personnel infirmier de l'unité était disponible pour répondre aux questions et pour aider aux soins des patients.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2	De nombreuses occasions d'apprentissage étaient disponibles dans cet environnement de stage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3	Je me sentais à l'aise de poser des questions à mon enseignante de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4	Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5	L'organisation des soins appartenant à cet environnement de stage me permettait de pratiquer mes habiletés de communication interpersonnelle.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

6	L'enseignante de stage augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où mes habiletés et mon savoir augmentaient.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7	Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi de la progression des soins que je prodiguais aux patients.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8	L'organisation des soins de l'environnement de stage m'offrait des occasions d'appliquer mes savoirs développés en classe.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9	Mon enseignante de stage était un modèle de rôle positif pour les infirmières oeuvrant dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10	La charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon expérience d'apprentissage dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11	Le délai accordé pour le changement de champ clinique était suffisant pour me permettre de développer les habiletés nécessaires à l'atteinte des objectifs de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	Mon enseignante de stage m'encourageait à identifier et à utiliser les occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
14	Cet environnement d'apprentissage offrait un nombre et une variété de patients suffisants pour mettre en pratique les habiletés développées en classe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

15	Mon enseignante de stage était disponible pour répondre aux questions et pour donner de l'assistance.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16	Je me sentais à l'aise de poser des questions au personnel infirmier.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17	L'équipement, les fournitures et les ressources matérielles nécessaires aux soins des patients et à l'enseignement étaient disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18	Mon enseignante de stage me donnait des commentaires constructifs sur les soins que j'ai dispensés dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19	Le personnel infirmier de l'unité me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

20	Mon expérience clinique a été limitée par un esprit de compétition entre les étudiantes infirmières et les étudiants appartenant à d'autres professions de la santé qui étaient présents dans cet environnement.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
21	Mon enseignante de stage me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
22	Le personnel infirmier de cet environnement de stage informait les étudiants des occasions potentielles d'apprentissage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
23	Cet environnement de stage me permettait de prendre en main les soins infirmiers des patients en lien avec le niveau de progression de mes habiletés.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

24	Mon enseignante de stage me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
25	Le personnel soignant de cet environnement de stage est pour moi un modèle de rôle positif.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
26	Les interactions individuelles avec les patients me donnaient suffisamment d'occasions pour développer mes habiletés.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
27	L'enseignante de stage encourageait les étudiantes à s'entraider et à partager leurs expériences d'apprentissage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
28	Le personnel infirmier donnait des commentaires constructifs dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

29	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribués à chaque enseignante de stage était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
30	L'enseignante de stage exigeait une performance réaliste de la part des étudiantes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
31	Le personnel infirmier avait une perception positive de son rôle de personne ressource auprès des étudiantes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
32	L'enseignante de stage me donnait suffisamment de commentaires quant à mes performances dans cet environnement de stage et ce, assez tôt dans le bloc de stage pour que je puisse apporter des améliorations à mes interventions.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Quelles composantes de cet environnement de stage ont favorisé mon apprentissage?

Quelles composantes de cet environnement de stage ont gêné mon apprentissage?

INTRODUCTION AU PKPCT DE BARRETT

(Questionnaire no. 2)

Le PKPCT a été créé pour vous aider à décrire la signification du pouvoir défini comme la participation dans le changement. Ce pouvoir aurait quatre indicateurs :

- ✓ la conscience
- ✓ les choix
- ✓ la liberté d'agir volontairement
- ✓ l'engagement à créer un changement

Katy Godbout
Étudiante

VOICI LES INSTRUCTIONS POUR PROCÉDER À L'ÉVALUATION DU QUESTIONNAIRE (partie a)

Le pouvoir d'un individu est évalué à partir des quatre indicateurs suivants : la conscience, les choix, la liberté d'agir volontaire et l'engagement à créer un changement. Une série de mots a été sélectionnée pour qualifier les quatre indicateurs du pouvoir. La colonne numéro un et la colonne numéro deux contiennent des mots qui sont supposés être opposés. Pour chaque mot de la colonne 1, évaluez si le mot de la colonne 2 représente bien son caractère opposé sur une échelle de 1 à 10 (1 = faiblement opposé, 5 = moyennement opposé et 10 = fortement opposé). Encerclez le nombre correspondant à votre évaluation et, si nécessaire, inscrivez le mot qui vous paraît le plus approprié sous le mot suggéré. Écrivez vos commentaires sous le chiffre encadré.

La traduction du PKPCT Version II a été autorisée par E.A.M. Barrett (1984, 1987, 1998)

DANS QUELLE MESURE LES MOTS CONTENUS DANS LA COLONNE 1 SONT-ILS OPPOSÉS À CEUX INSCRITS DANS LA COLONNE 2?

COLONNE 1	COLONNE 2	ÉVALUATION DU CARACTÈRE OPPOSÉ										COMMENTAIRES
Approfondie	Superficielle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
De type évitement	De type recherche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Riche	Sans valeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Involontaire	Intentionnelle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Timide	Affirmée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Meneuse	Suiveuse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Chaotique	Ordonnée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
En expansion	En diminution	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Plaisante	Déplaisante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Non informée	Informée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Libre	Contrainte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Sans importance	Importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

VOICI LES INSTRUCTIONS POUR PROCÉDER À L'ÉVALUATION DU QUESTIONNAIRE (partie b)

Le pouvoir d'un individu est évalué à partir des quatre indicateurs suivants : la conscience, les choix, la liberté d'agir volontaire et l'engagement à créer un changement. Dans le cadre de l'étude et du questionnaire actuelle, le pouvoir est défini comme le sentiment d'être de libre de faire des choix et de poser de façon volontaire les actions consécutives à ces choix (Barrett 1986). Évaluer dans quelle mesure chacun des indicateurs choisis est pertinent à l'évaluation du pouvoir sur une échelle de 1 à 10 (1= faiblement pertinent, 5 = moyennement pertinent, 10 = fortement pertinent). Encercler le nombre correspondant à votre évaluation et si nécessaire inscrivez un commentaire dans l'espace réservé à cet effet.

**EST-CE QUE LES QUATRE INDICATEURS CHOISIS POUR DÉCRIRE LA SIGNIFICATION DU CHANGEMENT DANS VOTRE VIE
SONT PERTINENTS POUR ÉVALUER LE POUVOIR CHEZ UN INDIVIDU?**

INDICATEURS	ÉCHELLE DE 1 À 10										COMMENTAIRES
Conscience	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Les choix	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
La liberté d'agir volontairement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
L'engagement à créer un changement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Autres commentaires :

Merci de votre participation

ANNEXE 5

**VERSIONS DES INSTRUMENTS DE MESURE PRÉSENTÉES LORS DE
LA DEUXIÈME ÉVALUATION AINSI QUE LORS DU COMITÉ
D'EXPERTS (VALIDITÉ DE CONTENU)**

VALIDATION II - SECEE

#	Énoncés	Commentaires	
		Pertinence	Clarté
1	Le personnel infirmier de l'unité était disponible pour répondre aux questions et pour aider aux soins des patients.		
2	De nombreuses occasions d'apprentissage étaient disponibles dans cet environnement de stage.		
3	Je me sentais à l'aise de poser des questions à mon enseignante de stage.		
4	<i>Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes.</i>	___/10	
5	L'organisation des soins appartenant à cet environnement de stage me permettait de pratiquer mes habiletés de communication interpersonnelle. <i>L'organisation du travail de cet environnement de stage me permettait de pratiquer mes habiletés de communication interpersonnelle.</i>	___/10	___/10
6	L'enseignante de stage augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où mes habiletés et mon savoir augmentaient. <i>L'enseignante de stage encourageait mon autonomie au fur et à mesure où je maîtrisais les habiletés et le savoir nécessaires aux soins des patients.</i>		___/10

7	Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi de la progression des soins que je prodiguais aux patients. <i>L'infirmière de l'unité discutait avec moi de l'évolution des soins à dispenser à nos patients.</i>	__/10	__/10
8	L'organisation des soins de l'environnement de stage m'offrait des occasions d'appliquer mes savoirs développés en classe.		
9	Mon enseignante de stage était un modèle de rôle positif pour les infirmières oeuvrant dans cet environnement de stage. <i>Mon enseignante de stage était un modèle de rôle inspirant pour les infirmières.</i>	__/10	
10	La charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon expérience d'apprentissage dans cet environnement de stage. <i>L'importante charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon vécu dans cet environnement de stage.</i>	__/10	__/10
11	Le délai accordé pour le changement de champ clinique était suffisant pour me permettre de développer les habiletés nécessaires à l'atteinte des objectifs de stage. <i>La durée du stage était suffisante pour me permettre d'atteindre les objectifs pédagogiques.</i>	__/10	__/10
12	Mon enseignante de stage m'encourageait à identifier et à utiliser les occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.		

13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	<u> </u> /10 <i>Enlever cet énoncé??? Cet élément n'est pas considéré comme pertinent en regard de l'organisation pour les experts mais il constitue un élément important pour les étudiants.</i>	
14	Cet environnement d'apprentissage offrait un nombre et une variété de patients suffisants pour mettre en pratique les habiletés développées en classe. <i>Cet environnement d'apprentissage m'offrait un nombre et une diversité de situations de soins suffisantes pour que je mette en pratique les habiletés développées en classe.</i>		<u> </u> /10
15	Mon enseignante de stage était disponible pour répondre aux questions et pour donner de l'assistance.		
16	Je me sentais à l'aise de poser des questions au personnel infirmier.		
17	L'équipement, les fournitures et les ressources matérielles nécessaires aux soins des patients et à l'enseignement étaient disponibles dans cet environnement de stage.		
18	Mon enseignante de stage me donnait des commentaires constructifs sur les soins que j'ai dispensés dans cet environnement de stage.		
19	Le personnel infirmier de l'unité me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	<u> </u> /10 <i>Enlever cet énoncé??? Cet élément n'est pas considéré comme pertinent en regard de l'organisation pour les experts mais il constitue un élément important pour les étudiants.</i>	<u> </u> /10

29	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribués à chaque enseignante de stage était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	___/10	
30	L'enseignante de stage exigeait une performance réaliste de la part des étudiantes. <i>Les étudiantes se sentaient évaluer d'une façon adéquate et réaliste par l'enseignante.</i>	___/10	
31	Le personnel infirmier avait une perception positive de son rôle de personne ressource auprès des étudiantes.		
32	L'enseignante de stage me donnait suffisamment de commentaires quant à mes performances dans cet environnement de stage et ce, assez tôt dans le bloc de stage pour que je puisse apporter des améliorations à mes interventions.		

Commentaires généraux

VALIDATION AU PKPCT DE BARRETT

COLONNE 1	COMMENTAIRES	COLONNE 2	COMMENTAIRES
Approfondie		Superficielle	
De type évitement De type vague De type imprécis De type confus		De type recherche De type intéressé De type concerné De type entreprenant	
Riche De grande valeur Précieux Cher Important		Sans valeur	
Involontaire		Intentionnelle	
Indice		Affirmée Fonceur	
Méreuse		Suivaise	

Chaotique		Organisée	
En expansion		En diminution	
Plaisante		Déplaisante	
Non informée		Informée	
Libre Libérée		Contrainte Limité	
Sans importance		Importante	

ANNEXE 6
VERSIONS FINALES DES INSTRUMENTS DE MESURE UTILISÉES
LORS DE L'ENQUÊTE

ÉVALUATION DE LA PERCEPTION DE L'ENVIRONNEMENT DE STAGE

S'il vous plaît encerclez ou cochez la meilleure réponse à chaque question et écrivez une réponse écrite aux espaces réservés à cet effet.

Établissement d'enseignement _____

Semestre/année: Automne Hiver 20____

Année du programme: 1 2 3

Environnement de stage que vous avez évalué (nom de l'établissement et du département)

Monitrice _____

Encerclez le nombre qui représente le mieux votre réponse dans les questions suivantes. S'il vous plaît donnez une explication pour toute question auxquelles vous répondez «ne peut répondre» (numéro 6) dans l'espace directement sous la question.

Échelle : 1 = Fortement en désaccord 2 = En désaccord 3 = Neutre 4 = D'accord 5 = Fortement d'accord 6 = Ne peut répondre

#	ÉNONCÉS	ÉCHELLE						
1	Le personnel infirmier de l'unité était disponible pour répondre aux questions et pour aider aux soins des patients.	1	2	3	4	5	6	
2	De nombreuses occasions d'apprentissage étaient disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6	
3	Je me sentais à l'aise de poser des questions à mon enseignante de stage.	1	2	3	4	5	6	
4	Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes.	1	2	3	4	5	6	
5	L'organisation du travail de cet environnement de stage me permettait de pratiquer mes habiletés de communication interpersonnelle.	1	2	3	4	5	6	
6	L'enseignante de stage encourageait mon autonomie au fur et à mesure où je maîtrisais les habiletés et le savoir nécessaires aux soins des patients.	1	2	3	4	5	6	
7	L'infirmière de l'unité collaborait avec moi et discutait des soins à dispenser à nos patients en regard de l'évolution de leurs besoins.	1	2	3	4	5	6	
8	L'organisation des soins de l'environnement de stage m'offrait des occasions d'appliquer mes savoirs développés en classe.	1	2	3	4	5	6	
9	Mon enseignante de stage était un modèle de rôle inspirant pour les infirmières.	1	2	3	4	5	6	
10	Mon vécu dans cet environnement de stage n'a pas été affecté par l'importante charge de travail du personnel infirmier de l'unité.	1	2	3	4	5	6	

11	La durée du stage était suffisante pour me permettre d'atteindre les objectifs pédagogiques.	1	2	3	4	5	6
12	Mon enseignante de stage m'encourageait à identifier et à utiliser les occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6
14	Cet environnement d'apprentissage m'offrait un nombre et une diversité de situations de soins suffisantes pour que je mette en pratique les habiletés et les connaissances développées en classe.	1	2	3	4	5	6
15	Mon enseignante de stage était disponible pour répondre aux questions et pour donner de l'assistance.	1	2	3	4	5	6
16	Je me sentais à l'aise de poser des questions au personnel infirmier.	1	2	3	4	5	6
17	L'équipement, les fournitures et les ressources matérielles nécessaires aux soins des patients et à l'enseignement étaient disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
18	Mon enseignante de stage me donnait des commentaires constructifs sur les soins que j'ai dispensés dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
19	Mon expérience clinique n'a pas été limitée par un esprit de compétition avec les étudiantes infirmières de mon groupe ou d'autres étudiantes provenant de milieux de stage différents ou encore avec les étudiants appartenant à d'autres professions de la santé qui étaient présents dans cet environnement.	1	2	3	4	5	6
20	Mon enseignante de stage me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6
21	Le personnel infirmier de cet environnement de stage informait les étudiants des occasions potentielles d'apprentissage.	1	2	3	4	5	6
22	Cet environnement de stage me permettait de prendre en main les soins infirmiers des patients en lien avec le niveau de progression de mes habiletés.	1	2	3	4	5	6
23	Mon enseignante de stage me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	1	2	3	4	5	6
24	Le personnel soignant de cet environnement de stage est pour moi un modèle de rôle positif.	1	2	3	4	5	6
25	Les interactions individuelles avec les patients me donnaient suffisamment d'occasions pour développer mes habiletés.	1	2	3	4	5	6
26	L'enseignante de stage encourageait les étudiantes à s'entraider et à partager leurs expériences d'apprentissage.	1	2	3	4	5	6
27	Le personnel infirmier donnait des commentaires constructifs dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6
28	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribués à chaque enseignante de stage était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	1	2	3	4	5	6

29	Les étudiantes se sentaient évaluer d'une façon adéquate et réaliste par l'enseignante.	1	2	3	4	5	6	
30	Le personnel infirmier avait une perception positive de son rôle de personne ressource auprès des étudiantes.	1	2	3	4	5	6	
31	L'enseignante de stage me donnait suffisamment de commentaires quant à mes performances dans cet environnement de stage et ce, assez tôt dans le bloc de stage pour que je puisse apporter des améliorations à mes interventions.	1	2	3	4	5	6	

Quelles composantes de cet environnement de stage ont favorisé mon apprentissage?

Quelles composantes de cet environnement de stage ont gêné mon apprentissage?

Traduction et adaptation du questionnaire SECEE de Kari Sand-Jecklin (2000)

INTRODUCTION AU PKPCT DE BARRETT

Le PKPCT a été créé pour vous aider à décrire la signification du changement dans votre vie à partir de quatre indicateurs :

- ✓ la conscience
- ✓ les choix
- ✓ la liberté d'agir volontairement
- ✓ l'engagement à créer un changement

VOICI LES INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA FIN DU QUESTIONNAIRE

Il y a 12 lignes pour chaque indicateur. De chaque côté de ces lignes, il y a des mots dont le sens est opposé. Les lignes sont divisées en 7 espaces qui sont des réponses possibles. Répondez pour chacun des indicateurs (conscience, choix, liberté d'agir volontairement, engagement à créer le changement) et pour chacune des lignes. Choisissez un « X » dans l'espace qui correspond le mieux à la signification accordée à l'indicateur, en ce moment-ci.

Par exemple :

Sous l'indicateur CHOIX, si vous avez l'impression que vos choix sont très informés, votre réponse pourrait être la suivante :

informés		<u>X</u>						mal informés
----------	--	----------	--	--	--	--	--	--------------

Si vos CHOIX sont plutôt mal informés, votre réponse pourrait être la suivante :

informés						<u>X</u>		mal informés
----------	--	--	--	--	--	----------	--	--------------

Si vos CHOIX ne sont pas mal informés mais pas vraiment informés, votre réponse pourrait être la suivante :

informés				<u>X</u>				mal informés
----------	--	--	--	----------	--	--	--	--------------

Points importants :

- ✓ Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses
- ✓ Inscrire votre première impression
- ✓ Choisir l'espace qui correspond le mieux à cette impression et placer un « X » dans cet espace
- ✓ Inscrire un « X » pour chacune des lignes
- ✓ Répondre à tous les indicateurs

BARRETT PKPCT, Version II, Partie A

Faire un « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MA CONSCIENCE EST

approfondie							superficielle
de type évitement							de type intéressé
riche							sans valeur
involontaire							volontaire
timide							affirmée
meneuse							suiveuse
chaotique							ordonnée
en expansion							en diminution
plaisante							déplaisante
non informée							informée
libre							contrainte
sans importance							importante

Faire une « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MES CHOIX SONT

en diminution							en augmentation
en type intéressé							de type évitement
affirmés							timides
importants							sans importance
ordonnés							chaotiques
volontaires							involontaires
déplaisants							plaisants
contraints							libres
sans valeur							riches
suiveurs							meneurs
superficiels							approfondis
informés							non informés

Traduction autorisée du PKPCT, Version II, E.A.M. Barrett (1984, 1987, 1998)

BARRETT PKPCT, Version II, Partie A

Faire un « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MA LIBERTÉ D'AGIR VOLONTAIREMENT EST

timide							affirmée
non informée							informée
meneuse							suiveuse
approfondie							superficielle
en expansion							en diminution
sans importance							importante
riche							sans valeur
chaotique							ordonnée
de type évitement							de type intéressé
libre							contrainte
involontaire							volontaire
plaisante							déplaisante

Faire une « X » tel qu'expliqué dans les instructions

MON ENGAGEMENT À CRÉER UN CHANGEMENT EST

involontaire							volontaire
en expansion							en diminution
approfondi							superficiel
chaotique							ordonné
libre							contraint
riche							sans valeur
non informé							informé
de type évitement							de type intéressé
meneur							suiveur
sans importance							important
timide							affirmé
plaisant							déplaisant

Traduction autorisée du PKPCT, Version II, E.A.M. Barrett (1984, 1987, 1998)

ANNEXE 7
LETTRE DE PRÉSENTATION : VALIDITÉ DE CONTENU, PREMIÈRE
ÉVALUATION

Le 6 Juillet 2003

Sujet : Votre participation à une étude pilote portant sur votre sentiment de pouvoir et sur votre perception de l'environnement clinique d'apprentissage (ou milieu de stage)

Chères et chers collègues,

Je suis une infirmière, étudiante au programme de maîtrise en Sciences Cliniques dans la concentration Sciences Infirmières de l'Université de Sherbrooke. Mon intérêt de recherche porte sur la relation entre le sentiment de pouvoir d'étudiantes infirmières québécoises et leur perception du milieu où elles font leurs stages, milieu que je nomme « environnement clinique d'apprentissage ».

Avant d'étudier cette relation, je dois vérifier si une telle recherche est possible. D'abord, je dois m'assurer que les questionnaires que j'utilise sont de qualité. Ensuite, je dois vérifier si les étudiantes infirmières me retourneront les questionnaires remplis en nombre suffisant. Finalement, je regarderai si les questionnaires choisis permettent d'établir une relation entre le sentiment de pouvoir et la perception de l'environnement clinique d'apprentissage.

Je sollicite votre participation à cette étude pour valider le questionnaire. Cette participation consisterait à remplir deux questionnaires, à les placer dans l'enveloppe ci-jointe et à les retourner par courrier interne au secrétariat de la direction des soins infirmiers, 7^e étage d'ici deux semaines, soit avant le 1^{er} août 2003. En remplissant les questionnaires et en les postant, vous exprimez votre consentement à participer à cette étude. Votre refus de participer à cette étude n'affectera en rien le déroulement de votre orientation en soins infirmiers.

Votre participation est importante car elle permettra d'utiliser ces questionnaires dont les résultats permettront d'améliorer les milieux de stage. Le temps approximatif requis pour cette participation est évalué à moins de 45 minutes. Par ailleurs, plusieurs moyens sont pris pour protéger votre anonymat et la confidentialité de votre opinion. Ainsi, les questionnaires sont identifiés par des codes et aucune information quant à votre identité n'y est inscrite. L'enveloppe est pré-adressée à une secrétaire qui retirera les questionnaires de l'enveloppe avant de me les remettre : il me sera donc impossible de savoir d'où ils proviennent. L'information recueillie sera traitée de façon confidentielle et vos réponses seront entrées sur support électronique. Par conséquent, personne ne saura qui a participé ou non. Finalement, dès que mes études de maîtrise et de doctorat seront terminées, je jetterai les questionnaires.

Je vous remercie de votre participation. Mes directrices de mémoire et moi-même demeurons disponibles pour toute information complémentaire. Avec ces remerciements, veuillez agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

Katy Godbout

Candidate à la maîtrise en Sciences Cliniques, Université de Sherbrooke
(450)-773-1236

cc Cécile Michaud, Professeure adjointe, (450) 463-1835 poste 1793
Cécile Lambert, Professeure titulaire, (450) 463-1835 poste 1792

ANNEXE 8
LETTRE DE PRÉSENTATION : VALIDITÉ DE CONTENU, DEUXIÈME
ÉVALUATION

le 30 décembre 2003

Sujet : Votre participation à une étude pilote portant sur votre sentiment de pouvoir et sur la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de niveau collégial de leur environnement clinique d'apprentissage (ou milieu de stage).

Chères et chers collègues,

Je suis une infirmière, étudiante au programme de maîtrise en Sciences Cliniques dans la concentration Sciences Infirmières de l'Université de Sherbrooke. Mon intérêt de recherche porte sur la relation entre le sentiment de pouvoir d'étudiantes infirmières québécoises et leur perception du milieu où elles font leurs stages, milieu que je nomme « environnement clinique d'apprentissage ».

Avant d'étudier cette relation, je dois vérifier si une telle recherche est faisable. D'abord, je dois m'assurer que les questionnaires que j'utilise sont de qualité. Dans un premier temps je dois évaluer la validité de contenu des deux questionnaires soit le SECEE de Sand-Jecklin (2000) qui mesure la perception qu'ont les étudiantes en soins infirmiers de leur environnement clinique d'apprentissage et le PKPCT, élaboré par Barrett (1990), qui évalue le sentiment de pouvoir.

Je sollicite votre participation à cette étude de faisabilité à titre d'infirmières exerçant une influence sur l'environnement clinique d'apprentissage des étudiantes en soins infirmiers de niveau collégial. Cette participation consiste à évaluer le contenu du SECEE et du PKPCT. Les énoncés des versions françaises des deux questionnaires sont joints. Vous êtes invités à évaluer chaque énoncé du questionnaire portant sur l'environnement clinique d'apprentissage sur une échelle de dix en fonction de deux critères : sa clarté et sa pertinence. Des espaces vides vous permettent de commenter l'énoncé. De plus, il vous est demandé d'inscrire les éléments de l'environnement qui, à votre avis facilitent ou nuisent le plus à l'apprentissage des étudiantes. Pour le questionnaire sur le sentiment de pouvoir, vous êtes invités à évaluer sur une échelle de dix, le caractère antonyme des adjectifs ainsi que la pertinence des quatre dimensions. Vous êtes invités à retourner ces questionnaires d'ici deux semaines, soit avant le 20 janvier 2004, en utilisant l'enveloppe préaffranchie ci-jointe. Suite à l'analyse de vos réponses, une deuxième version des questionnaires vous sera retournée afin que vous la commentiez. En remplissant le questionnaire et en le postant, vous exprimez votre consentement à participer à cette étude.

Votre participation est importante car elle permettra d'utiliser ces questionnaires dont les résultats seront probablement utiles pour améliorer les milieux de stage. Par ailleurs, la confidentialité de votre opinion est assurée par les mesures suivantes. Les questionnaires sont identifiés par des codes et aucune information quant à votre identité n'est inscrite sur le questionnaire. L'enveloppe est pré-adressée à une secrétaire qui retirera les questionnaires de l'enveloppe avant de me les remettre : il me sera donc impossible de savoir d'où ils proviennent. L'information recueillie sera traitée de façon confidentielle et vos réponses seront entrées sur support électronique. Finalement, dès que mes études de maîtrise et de doctorat seront terminées, je jetterai les questionnaires.

Je vous remercie de votre participation. Mes directrices de mémoire et moi-même demeurons disponibles pour toute information complémentaire. Avec ces remerciements, veuillez agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

Katy Godbout
Candidat à la maîtrise en Sciences Cliniques
Université de Sherbrooke
(450)-773-1236

cc Cécile Michaud, Professeure adjointe, (450) 463-1835 poste 1793
Cécile Lambert, Professeure titulaire, (450) 463-1835 poste 1792

ANNEXE 9**LETTRE DE PRÉSENTATION UTILISÉE LORS DE L'ENQUÊTE**

Université de Sherbrooke
Département des Sciences Cliniques
Le 15 mars 2003

Sujet : Votre participation à une étude pilote concernant l'évaluation de deux questionnaires soit le SECEE et le PKPCT.

Chères collègues

Je suis une infirmière, étudiante au programme de maîtrise en Sciences Cliniques dans la concentration Sciences Infirmières de l'Université de Sherbrooke. Mon intérêt de recherche porte sur la relation entre le sentiment de pouvoir d'étudiantes infirmières québécoises et leur perception du milieu où elles font leurs stages.

Avant d'étudier cette relation, je dois vérifier si une telle recherche est faisable. D'abord, je dois m'assurer que les questionnaires que j'utilise sont de qualité. Dans un premier temps, les questionnaires ont subi une traduction et une adaptation afin qu'ils correspondent aux caractéristiques de notre milieu et du processus de l'enseignement des soins infirmiers dans les CEGEP québécois.

Je sollicite votre participation à cette étude pour la première utilisation de ces questionnaires. Les résultats de cette étude me permettront dans un premier temps d'évaluer les caractéristiques statistiques des questionnaires et dans un deuxième temps de décrire la relation entre la perception qu'ont les étudiants en soins infirmiers de leur environnement de stage et leur sentiment de pouvoir. Les instructions concernant votre participation à cette étude consistent à répondre aux deux questionnaires selon les instructions mentionnées sur chacun d'eux.

Votre participation est importante car elle permettra d'utiliser ces questionnaires dont les résultats permettront d'améliorer les milieux de stage. Le temps approximatif requis pour cette participation est évalué à moins de 45 minutes. Par ailleurs, plusieurs moyens sont pris pour protéger votre anonymat et la confidentialité de votre opinion. Ainsi, les questionnaires sont identifiés par des codes et aucune information quant à votre identité n'y est inscrite. Les questionnaires vous seront remis et collectés par votre enseignante de stage, il me sera donc impossible de savoir d'où ils proviennent. L'information recueillie sera traitée de façon confidentielle et vos réponses seront entrées sur support électronique. Par conséquent, personne ne saura qui a participé ou non. Finalement, dès que mes études de maîtrise et de doctorat seront terminées, je jetterai les questionnaires. Votre participation peut apporter beaucoup à la formation des étudiants et étudiantes en soins infirmiers, toutefois vous n'avez aucune obligation de prendre part à cette étude.

Je vous remercie de votre participation. Mes directrices de mémoire et moi-même demeurons disponibles pour toute information complémentaire. Avec ces remerciements, veuillez agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

Katy Godbout
Candidate à la maîtrise en Sciences Cliniques, Université de Sherbrooke

CC Cécile Michaud, Professeure adjointe, (450) 463-1835 poste 1793
Cécile Lambert, Professeure titulaire, (450) 463-1835 poste 1792

ANNEXE 10
AUTORISATION D'UTILISATION DES QUESTIONNAIRES PAR LES
AUTEURS

Memorandum

To: Katy Godbout
From: Kari Sand-Jecklin
Date: 12/15/02
Re: Use of SECEE instrument

According to your request, I am granting you permission to use the SECEE inventory that I have developed. Please do not alter the inventory items (other than demographics) without notifying me in advance about the changes you anticipate making. I am interested in learning about your results with the tool, and would appreciate it if you would provide me with informal communication related to results of your study.

Good luck with your research endeavor.

Ms. Godbout,
Thank you for your interest in the SECEE Inventory. I received your request to use the inventory via the editor of SOJNR.

We are now using a revised version of the inventory, which contains 3 rather than 4 subscales (learning opportunities, preceptor/staff facilitation of student learning, instructor facilitation of student learning) and 32 rather than 29 items. This inventory has even higher reliability alpha's than the original.

You have my permission to adapt and use the inventory with two constraints. I would like to see a copy of your revision (just for my own interest) and would appreciate learning of your results in use of the tool. I am attaching a copy of the inventory for your review.

Good luck with your research.

Sincerely,
Kari Sand-Jecklin EdD, MSN, RN
West Virginia University School of Nursing

Katy,

The revision looks good, except there are still a couple of items that are targeted to different populations, and that will affect the identified scale scores. The discrepancies follow.

#10. I think you left out "negatively impacted" from the question. It doesn't read quite right.

#16. This question should address with the nursing personnel rather than the monitor/instructor.

#27. This question should address the monitor/instructor rather than the nursing personnel.

Otherwise it looks very good.

Kari Sand-Jecklin
WVU School of Nursing

Dear Dr Barrett,

One of my student, Mrs Katy Godbout, is working on the French Version of the PKPCT (as you agree, more than a year ago).

She used the French translation I have previously done, submitted it to a translator, than to a bilingual nurse who studied Rogerian Science as part of a nursing theory course (she knew about the PKPCT, but never saw it). They both translate the French version in English (backstranslated version - BTV). The BTV and the original version present some differences that Katy wants to discuss with you.

Would you agree to receive the BTV and react to it? If so, please send us back a message. If no, would you please suggest someone who knows well the PKPCT?

Thank you for your help.

Cecile Michaud

De : eambarrett
Envoyé : 22 juin 2003 23:59:59
À : "katy godbout"
Objet : Re:

Dear Katy,

That seems to be acceptable procedure. Since I do not know French, I cannot check or comment on the validity of the translation. As long as you kept the integrity of the original version of the PKPCT in English, then the validity of the new French PKPCT should be intact. Of course, the best approach would be to give it next to 25 people who are bilingual and compare their responses on both the French and English version; that would establish validity if responses were comparable in both languages. However, if that is not possible, you will proceed with using the French version.

I commend you on the work you have put into this project. Good luck with your work and keep me posted on the results.

Elizabeth

----- Original Message -----

ANNEXE 11
MÉTHODE DELPHI : COMMENTAIRES DES EXPERTS
CONCERNANT LES ÉNONCÉS DU SECEE

#	Énoncés	Commentaires reliés à la pertinence	Commentaires reliés à la clarté	Décision
4	Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes.	Discussion quant au niveau de participation du personnel infirmier lors de l'apprentissage clinique des étudiantes.		Accepté/2e
6	L'enseignante de stage augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où mes habiletés et mon savoir augmentaient.		Reformulation de l'énoncé Suggestion : «L'enseignante de stage augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où je maîtrisais mes habiletés et mon savoir»	Accepté/2e
7	Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi de la progression des soins que je prodiguais aux patients.	Discussion quant au niveau de participation du personnel infirmier lors de l'apprentissage clinique des étudiantes.	Reformulation de l'énoncé Suggestion : «Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi des soins en regard de l'évolution des patients».	Accepté/ Comité d'experts

9	Mon enseignante de stage était un modèle de rôle positif pour les infirmières oeuvrant dans cet environnement de stage.	Discussion quant à la valeur professionnelle donnée aux enseignantes dans les environnements d'apprentissage clinique		Accepté/2e
10	La charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon expérience d'apprentissage dans cet environnement de stage	Discussion quant à la clarté du rôle des étudiantes dans les environnements d'apprentissage clinique.	Contrairement aux autres cet énoncé est codé négativement.	Accepté/ Comité d'experts
11	Le délai accordé pour le changement de champ clinique était suffisant pour me permettre de développer les habiletés nécessaires à l'atteinte des objectifs de stage.		Norme de qualité non atteinte Résultat = 6.7 Norme de qualité = 6.9 Reformulation demandée sans suggestion	Accepté/2e
13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.	Discussion quant au niveau de participation du personnel infirmier lors de l'apprentissage clinique des		Accepté/2e

		étudiantes.		
14	Cet environnement d'apprentissage offrait un nombre et une variété de patients suffisants pour mettre en pratique les habiletés développées en classe.		Suggestion : Ajouter : «[...]pour mettre en pratique les habiletés et connaissances développées en classe.»	Accepté/2e
19	Le personnel infirmier de l'unité me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.	Discussion quant au niveau de participation du personnel infirmier lors de l'apprentissage clinique des étudiantes.		Retiré / Comité d'experts Les experts étaient unanimes sur le fait que ce n'était pas le rôle du personnel soignant d'accompagner les étudiantes lors de leur première expérience d'apprentissage.
20	Mon expérience clinique a été limitée par un esprit de compétition entre les étudiantes infirmières et les étudiants appartenant à d'autres	Norme de qualité non atteinte Résultat = 5.2	Contrairement aux autres cet énoncé est codé négativement	Accepté/Comité d'experts

	professions de la santé qui étaient présents dans cet environnement.	Norme de qualité = 5.9		
29	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribués à chaque enseignante de stage était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	Les experts mentionnaient le fait qu'elles n'avaient aucun pouvoir sur la quantité d'étudiantes qui leur étaient assignées. Cet élément de leur travail était déterminé par leur convention collective.		Accepté/2e
30	L'enseignante de stage exigeait une performance réaliste de la part des étudiantes.	Discussion quant à l'importance que doivent jouer les étudiantes dans l'évaluation des programmes.		Accepté/2e

ANNEXE 12
SECEE : ANALYSE FACTORIELLE

Analyse factorielle SECEE : Matrice de corrélation

#	Énoncés	Communication et retour d'informations	Occasion d'apprentissage	Soutien à l'apprentissage	Atmosphère de l'unité de soin	Perception de l'environnement d'apprentissage clinique
1	Le personnel infirmier de l'unité était disponible pour répondre aux questions et pour aider aux soins des patients.			0,642**		0,558**
2	De nombreuses occasions d'apprentissage étaient disponibles dans cet environnement de stage.		0,495**			0,420**
3	Je me sentais à l'aise de poser des questions à mon enseignante de stage.	0,600**				0,538**
4	Le personnel infirmier de l'unité conservait la responsabilité des patients assignés aux étudiantes.				0,258*	0,167
5	L'organisation des soins appartenant à cet environnement de stage me permettait de pratiquer mes habiletés de communication interpersonnelle.	0,602**				0,579**
6	L'enseignante de stage augmentait mon niveau d'autonomie au fur et à mesure où mes habiletés et mon savoir augmentaient.		0,431**			0,394**
7	Le personnel infirmier de l'unité discutait avec moi de la progression des soins que je	0,584**				0,577**

#	<i>Énoncés</i>	Communication et retour d'informations	Occasion d'apprentissage	Soutien à l'apprentissage	Atmosphère de l'unité de soin	Perception de l'environnement d'apprentissage clinique
	prodiguais aux patients.					
8	L'organisation des soins de l'environnement de stage m'offrait des occasions d'appliquer mes savoirs développés en classe.		0,661**			0,610**
9	Mon enseignante de stage était un modèle de rôle positif pour les infirmières oeuvrant dans cet environnement de stage.	0,667**				0,648**
10	La charge de travail importante du personnel infirmier de l'unité avait un impact négatif sur mon expérience d'apprentissage dans cet environnement de stage	0,653**				0,669**
11	Le délai accordé pour le changement de champ clinique était suffisant pour me permettre de développer les habiletés nécessaires à l'atteinte des objectifs de stage.		0,623**			0,429**
12	Mon enseignante de stage m'encourageait à identifier et à utiliser les occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.	0,632**				0,649**
13	Le personnel infirmier de l'unité me donnait une supervision adéquate lorsque je	0,700**				0,719**

#	<i>Énoncés</i>	Communication et retour d'informations	Occasion d'apprentissage	Soutien à l'apprentissage	Atmosphère de l'unité de soin	Perception de l'environnement d'apprentissage clinique
	développais et appliquais de nouvelles habiletés.					
14	Cet environnement d'apprentissage offrait un nombre et une variété de patients suffisants pour mettre en pratique les habiletés développées en classe.				0,615**	0,586**
15	Mon enseignante de stage était disponible pour répondre aux questions et pour donner de l'assistance.			0,489**		0,335**
16	Je me sentais à l'aise de poser des questions au personnel infirmier.	0,650**				0,613**
17	L'équipement, les fournitures et les ressources matérielles nécessaires aux soins des patients et à l'enseignement étaient disponibles dans cet environnement de stage.				0,664**	0,637**
18	Mon enseignante de stage me donnait des commentaires constructifs sur les soins que j'ai dispensés dans cet environnement de stage.	0,562**				0,553**
19	Le personnel infirmier de l'unité me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles	0,396**				0,400**

#	<i>Énoncés</i>	Communication et retour d'informations	Occasion d'apprentissage	Soutien à l'apprentissage	Atmosphère de l'unité de soin	Perception de l'environnement d'apprentissage clinique
	habiletés.					
20	Mon enseignante de stage me donnait une supervision adéquate lorsque je développais et appliquais de nouvelles habiletés.			0,680**		0,538**
21	Le personnel infirmier de cet environnement de stage informait les étudiants des occasions potentielles d'apprentissage.		0,750**			0,696**
22	Cet environnement de stage me permettait de prendre en main les soins infirmiers des patients en lien avec le niveau de progression de mes habiletés.		0,717**			0,666**
23	Mon enseignante de stage me donnait du soutien lors de l'application de nouveaux savoirs et dans l'apprentissage de nouvelles habiletés.			0,657**		0,541**
24	Le personnel soignant de cet environnement de stage est pour moi un modèle de rôle positif.	0,724**				0,706**
25	Les interactions individuelles avec les patients me donnaient suffisamment d'occasions pour développer mes habiletés.		0,508**			0,456**
26	L'enseignante de stage encourageait les			0,575**		0,492**

#	<i>Énoncés</i>	Communication et retour d'informations	Occasion d'apprentissage	Soutien à l'apprentissage	Atmosphère de l'unité de soin	Perception de l'environnement d'apprentissage clinique
	étudiantes à s'entraider et à partager leurs expériences d'apprentissage.					
27	Le personnel infirmier donnait des commentaires constructifs dans cet environnement de stage.	0,740**				0,700**
28	Le nombre d'étudiantes en soins infirmiers attribués à chaque enseignante de stage était adéquat et leur permettait de profiter au maximum des occasions d'apprentissage disponibles dans cet environnement de stage.				0,589**	0,280*
29	L'enseignante de stage exigeait une performance réaliste de la part des étudiantes.	0,669**				0,664**
30	Le personnel infirmier avait une perception positive de son rôle de personne ressource auprès des étudiantes.	0,786**				0,789**
31	L'enseignante de stage me donnait suffisamment de commentaires quant à mes performances dans cet environnement de stage et ce, assez tôt dans le bloc de stage pour que je puisse apporter des améliorations à mes interventions.	0,702**				0,658**

ANNEXE 13
PKPCT : ANALYSE FACTORIELLE

Analyse factorielle matrice de corrélation : PKPCT

Dimensions	Énoncé	Conscience	Choix	Liberté	Engagement	Pouvoir
Conscience	1	0,560**				0,459**
	2	0,687**				0,620**
	3	0,570**				0,467**
	4	0,529**				0,433**
	5	0,531**				0,495**
	6			0,593**		0,621**
	7	0,602**				0,483**
	8	0,556**				0,404**
	9	0,605**				0,577**
	10	0,614**				0,575**
	11	0,624**				0,685**
	12	0,621				0,550**
Choix	1		0,661**			0,662**
	2		0,618**			0,533**
	3		0,742**			0,689**
	4		0,668**			0,662**
	5		0,767**			0,716**

	6		0,702**			0,601**
	7		0,728**			0,646**
	8		0,761**			0,643**
	9		0,761**			0,680**
	10		0,625**			0,621**
	11		0,699**			0,681**
	12			0,631**		0,610**
Liberté	1			0,663**		0,643**
	2			0,713**		0,726**
	3			0,575**		0,519**
	4			0,778**		0,755**
	5			0,764**		0,729**
	6			0,723**		0,700**
	7			0,743**		0,671**
	8			0,731**		0,708**
	9			0,542**		0,556**
	10			0,610**		0,536**
	11			0,738**		0,689**
	12			0,749**		0,693**
Engagement	1				0,760**	0,683**
	2				0,723**	0,577**

	3				0,759**	0,642**
	4				0,578**	0,646**
	5				0,738**	0,647**
	6				0,748**	0,690**
	7				0,675**	0,690**
	8				0,713**	0,733**
	9				0,664**	0,604**
	10				0,670**	0,611**
	11				0,595**	0,514**
	12				0,787**	0,895**